

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1897

THÈSE

N°

549

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mardi 20 Juillet 1897, à 1 heure

Par Georges VAISSIER

Né à Besançon, le 12 février 1871

Ancien interne des Hôpitaux de Besançon.

DU TRAITEMENT

DES

ULCÈRES VARIQUEUX

Par la Liqueur de LABARRAQUE

Président : M. PANAS, Professeur.

*Juges : MM. } SCHWARTZ, Professeur.
 } BRUN et HARTMANN, Agrégés.*

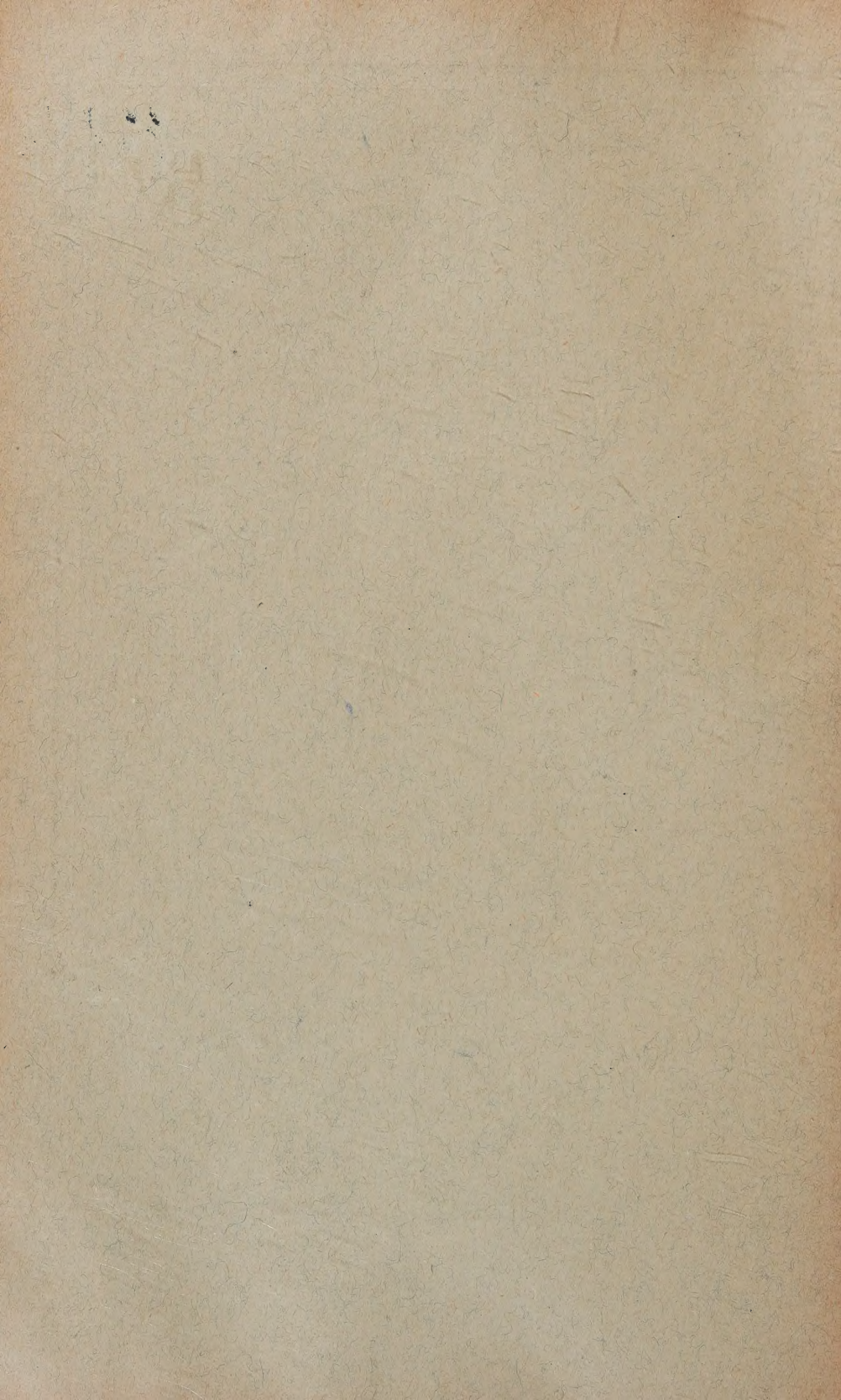
Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
HENRI JOUVE

15 — Rue Racine — 15

1897



549

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1897

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mardi 20 Juillet 1897, à 1 heure

Par Georges VAISSIER

Né à Besançon, le 12 février 1871

Ancien interne des Hôpitaux de Besançon.

DU TRAITEMENT

DES

ULCÈRES VARIQUEUX

Par la Liqueur de LABARRAQUE

Président : M. PANAS, Professeur.

*Juges : M.M. } SCHWARTZ, Professeur.
 } BRUN et HARTMANN, Agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

45 — Rue Racine — 45

1897

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen	M.	BROUARDEL.
Professeurs		MM.
Anatomie.....		FARABEUF.
Physiologie.....		CH. RICHET.
Physique médicale.....		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....		N.
Pathologie et thérapeutique générales.....		BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	}	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....		DEBOVE.
Anatomie pathologique.....		LANNELONGUE.
Histologie.....		CORNIL.
Opérations et appareils.....		MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.....		TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale.....		POUCHET.
Hygiène.....		LANDOUZY.
Médecine légale.....		PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.....		LABOULBÈNE.
		CHANTEMESSE.
Clinique médicale.....	}	POTAIN.
Maladie des enfants.....		JACCOUD.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		HAYEM.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		DIEULAFOY.
Clinique des maladies du système nerveux.....		GRANCHER.
Clinique chirurgicale.....	}	JOFFROY.
Clinique des maladies des voies urinaires.....		FOURNIER.
Clinique ophthalmologique.....		RAYMOND.
Cliniques d'accouchements.....		TH. LAUX.
		BERGER.
		DUPLAY.
		LE DENTU.
		GUYON.
		PANAS.
		TARNIER.
		PINARD.

Professeur honoraire

M. PAJOT.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GAUCHER.	MARIE.	THIERRY.
ALBARRAN.	GILBERT.	MENÉTRIER.	THOINOT.
ANDRÉ.	GILLES de la TOU-	NÉLATON.	TUFFIER.
BAR.	RETTE.	NETTER.	VARNIER.
BONNAIRE.	GLEYS.	FOIRIER, chef des	WALTHER.
BROCA.	HARTMANN.	travaux anatomiques.	WEISS.
CHANTEMESSE.	HEIM.	REITTERER.	WIDAL.
CHARRIN.	LEJARS.	RICARD.	WURTZ.
CHASSEVANT.	LETULLE.	ROGER.	
DELBET.	MARFAN.	SÉBILLEAU.	

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAITRES

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR PANAS

Chirurgien des Hôpitaux
Membre de l'Académie de Médecine
Chevalier de la Légion d'honneur.

DU TRAITEMENT DES ULCÈRES VARIQUEUX

INTRODUCTION

D'après tous les auteurs, *l'ulcère est une perte de substance des téguments qui montre peu ou point de tendance à la cicatrisation*, mais comme cette perte de substance peut être de nature et d'origine très diverses, les classifications et les divisions se sont multipliées à l'infini. Prenons, pour bien limiter notre sujet, une des plus simples, celle qui a été adoptée par Henry Gilson dans le *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*. Cet auteur décrit trois sortes d'ulcères : 1° les ulcères d'origine générale (ulcères scorbutiques, scrofuleux, tuberculeux, syphilitiques, etc.) ; 2° les ulcères symptomatiques qui coexistent avec une autre altération plus grave qu'eux-mêmes et dont ils dépendent (carie, nécrose, cautère, parasites) ; 3° les ulcères, qui ne se rattachent pas comme symptôme à une affection locale existante, et qui d'un autre côté ne reconnaissent point pour cause un vice général bien défini.

Ce sont seulement les ulcères de ce troisième groupe

que nous aurons en vue dans ce travail. Les auteurs y rangent les *ulcères simples* proprement dits et les *ulcères variqueux*. Nous verrons au sujet de la pathogénie qu'il n'était peut-être pas nécessaire de faire cette subdivision et même que le groupe tout entier pourrait se joindre au premier. Quoi qu'il en soit, pour nous, les termes d'*ulcères simples* et d'*ulcères variqueux* seront synonymes et indifféremment employés.

Il n'est pas nécessaire de fréquenter pendant longtemps les services hospitaliers ou d'assister à de nombreuses consultations pour être frappé de la fréquence de ces ulcères. Ce sont eux qui encombrant les services de chirurgie. Certains sujets se félicitent de leur ulcère qui leur ouvre les portes des hôpitaux et dont ils n'ont aucun désir de guérir, et ces « *éternels convalescents* » vont immobiliser les lits qu'ils occupent pendant de longs mois. D'autres, et malheureusement il y en a beaucoup aussi, qui n'ont que leur travail pour vivre et faire vivre leur famille, vont aussi mais malgré eux se faire hospitaliser. N'y a-t-il donc pas de remède efficace contre les ulcères, pour qu'on ne puisse lutter contre cette « vermine des hôpitaux », selon l'expression pittoresque de Ph. Boyer, ou rendre à leur travail les malheureux qui en sont victimes ?

Il y avait là de quoi exercer la sagacité des chirurgiens, aussi, il n'est peut-être pas de maladie contre laquelle tant de remèdes aient été proposés. A côté de quelques traitements bizarres et fantaisistes, il s'en est trouvé d'autres rationnels et efficaces, qui, après avoir joui d'une certaine faveur sont tombés plus ou moins

dans l'oubli. Tel est le cas des hypochlorites, encore mis en usage par quelques praticiens, mais dont les propriétés curatives paraissent inconnues d'un grand nombre. Le traitement par les hypochlorites que nous préconisons sous forme de liqueur de Labarraque, n'est certes pas nouveau, puisqu'il a été mis en usage pour la première fois il y a plus de soixante-dix ans. Nous nous proposons simplement d'étudier son action et de mettre en relief son incontestable valeur.

Dans un premier chapitre nous ferons une étude historique et comparative des principaux traitements usités contre les ulcères simples. Un deuxième chapitre sera consacré à leur anatomie pathologique et à leur pathogénie. Dans le troisième chapitre, nous exposerons la composition et les propriétés de la liqueur de Labarraque. Enfin dans les deux suivants nous étudierons l'action de cette liqueur et son mode d'emploi.

C'est à M. Albert Robin que nous devons la première idée de cette étude. Grâce à son obligeance et à sa bienveillance, nous avons pu, dans son service à la Pitié, recueillir sous sa direction quelques observations et apprécier par nous-même les bons effets de la liqueur de Labarraque. Nous sommes heureux de trouver ici l'occasion de lui adresser tous nos remerciements.

Au moment où nous terminons nos études officielles, il nous est agréable de jeter un regard en arrière et de rappeler le souvenir de tous ceux qui ont contribué à notre instruction et à notre éducation médicales par leurs leçons et par leurs exemples.

Que nos maîtres de l'Ecole de Besançon reçoivent le

premier témoignage de notre reconnaissance. De tous nous avons conservé le meilleur souvenir, mais à quelques-uns revient une plus grande part de gratitude : au docteur Coutenot, qui a toujours montré pour nous une sollicitude paternelle, aux docteurs Druhen, Gauderon, Chapoy, Saillard, Bruchon, Heitz, Bolot, Roland, qui se sont particulièrement intéressés à nous.

Nous ne saurions oublier nos maîtres de Paris, dont nous avons mis si souvent à profit la science et le dévouement.

M. le professeur Panas a doublement droit à notre reconnaissance, pour ses travaux qui nous ont été si précieux et pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse. Qu'il veuille bien croire à notre plus respectueux dévouement.

Nous n'avons eu qu'à nous féliciter de l'extrême obligeance de M. L. Bertherand, interne des hôpitaux, nous le prions de vouloir bien accepter nos meilleurs remerciements.

CHAPITRE I

Anatomie pathologique. — Pathogénie.

Avant de passer en revue les principales ressources que la thérapeutique a mises en usage contre les ulcères variqueux et avant d'aborder l'étude de leur traitement par la liqueur de Labarraque, il nous a paru utile de consacrer un chapitre à l'anatomie pathologique et à la pathogénie de cette affection. Nous insisterons davantage sur la pathogénie, qui sera la source de précieuses indications pour le traitement.

I. — Anatomie pathologique.

Lésions macroscopiques. — Au début l'ulcère n'est qu'une légère solution de continuité de la couche superficielle de l'épiderme. Une contusion, un simple frotte-

ment suffisent pour la provoquer, la peau ayant perdu sa consistance normale par le fait de troubles de nutrition antérieurs. La négligence et la malpropreté, jointes au peu de vitalité des téguments, empêchent la lésion de se réparer et l'ulcère est constitué.

Les ulcères peuvent présenter les formes les plus variées. Le plus souvent ils sont constitués par la réunion de plusieurs petites ulcérations primitivement isolées et séparées par des intervalles de peau saine. La forme arrondie et régulière est très fréquente ; on rencontre quelquefois la forme semi-lunaire, plus rarement la forme annulaire qui est regardée comme d'un pronostic très fâcheux.

Le fond des ulcères, débarrassé des sécrétions ou des détritüs organiques qui le recouvrent s'il n'est pas proprement pansé présente les caractères suivants : il est rouge vif ou violacé, lisse lorsqu'il n'y a pas de tendance à la répartition, couvert de bourgeons charnus saignant avec la plus grande facilité, quand au contraire la vitalité de la région et les soins le mettent dans de meilleures conditions.

Les bords se continuent ordinairement avec le fond de l'ulcère ; ils sont rarement décollés ou taillés à pic, mais ils sont parfois épaissis et présentent des callosités.

Il est rare que les parties du membre voisines de l'ulcère soient entièrement saines. Souvent il y a un œdème de tout le membre, les veines sous-cutanées sont dilatées, la peau est luisante. Les sécrétions cutanées et les productions pileuses sont ou exagérées ou au

contraire diminuées, sans qu'aucune cause apparente puisse expliquer ces différences.

Lésions microscopiques. — Au début la peau est infiltrée d'un liquide séreux ; les cellules épidermiques de la couche de Malpighi prolifèrent et la couche superficielle de l'épiderme ne se kératinise plus comme à l'état normal.

Lorsque l'ulcère est définitivement constitué, la surface d'aspect papillaire formée par les bourgeons charnus est dépourvue de tissu épithélial et ne présente que des cellules rondes embryonnaires, au-dessus d'un tissu fibreux très dense (Henry Gilson). Les glandes sébacées et sudoripares ont complètement disparu.

La peau du voisinage est également modifiée : la couche cornée en est fortement épaissie, les papilles hypertrophiées. On trouve des cellules embryonnaires au milieu des tissus sclérosés et des glandes atrophiées.

Les artères ont été trouvées athéromateuses (Pallenc, Rienzi, Quenu, Gilson). Les muscles sont atteints d'une myosite interstitielle chronique avec infiltration graisseuse, dégénérescence granulo-graisseuse des faisceaux primitifs (Quenu).

Les lésions nerveuses sont presque constantes, caractérisées par « un étouffement du tissu nerveux par une sclérose à la fois extra et intra-fasciculaire » (Quenu).

Le tissu osseux n'est pas exempt de lésions et sous le périoste épaissi, il présente parfois des hyperostoses, de l'ostéite raréfiante et condensante.

II. — *Pathogénie.*

Hunter expliquait la formation des ulcères par une inflammation dite ulcéralive, et par là il entendait un processus pathologique analogue aux phénomènes d'absorption qui ont lieu dans l'économie. D'après lui, l'ulcération serait due à une absorption progressive avec formation de pus. En faveur de cette théorie on a allégué les phénomènes d'absorption qui se montrent à la surface de l'ulcère et l'absence de détritits au niveau de celui-ci. Mais le phénomène d'absorption se retrouve dans toutes sortes de solutions de continuité, dans les plaies, par exemple. Le second argument tombe devant l'observation attentive de l'ulcère, qui présente toujours une sécrétion plus ou moins abondante et une élimination d'éléments cellulaires.

Les auteurs modernes (Follin, Cruveilhier, Cornil et Ranvier, Jamain et Terrier) ont substitué à la théorie de Hunter, celle de la gangrène moléculaire qui répond mieux aux faits constatés par l'observation.

Pour ces auteurs, les ulcères sont le résultat d'une élimination lente et moléculaire, résultant de l'inflammation ou coexistant avec elle.

Quelle est la cause de cette nécrose moléculaire ? Evidemment c'est par suite de troubles de la nutrition qu'elle se produit, mais « ce trouble de nutrition est-il sous la dépendance exclusive du système circulatoire ?

ou bien plutôt, ce trouble pathologique n'est-il pas soumis à l'influence de plusieurs facteurs dont les principaux sont les vaisseaux et le système nerveux ? Ne faut-il pas aussi faire intervenir l'état constitutionnel des malades ». (H. Gilson).

M. F. Terrier donne un rôle prépondérant au système nerveux central et périphérique dans la production des ulcères. En faveur de cette théorie parlent deux ordres de faits : 1° des faits d'ordre *anatomo-pathologiques* ; 2° des faits *d'ordre clinique*. Les premiers sont dûs aux travaux de M. Quenu. Sur six cas d'ulcères simples pris au hasard, l'autopsie a toujours révélé des lésions nerveuses. « La lésion habituelle, dit M. Quenu, est une névrite purement interstitielle, chronique, ordinairement péri-fasciculaire. » Cette névrite n'est pas « une névrite ascendante puisant son origine dans l'inflammation des filets au voisinage de l'ulcère » car les lésions ont été trouvées sur des nerfs, dont la distribution n'a aucun rapport avec le siège de l'ulcère. Il paraît cependant exister un rapport de cette névrite avec des troubles de la circulation et elle paraît due aux varices des veines des nerfs. « Nous n'avons pas voulu, conclut M. Quenu, exagérer le rôle du système nerveux, nous avons seulement essayé de prouver que l'altération des nerfs est un facteur, et un facteur important dans la pathogénie de ces ulcères, auxquels l'état de la circulation veineuse donne surtout leur aspect, et si j'ose dire, leur couleur locale. »

Quant aux faits d'ordre clinique, dont nous parlions plus haut, ils sont dûs aux travaux de M. Terrier, expo-

sés dans les thèses de MM. Séjournet et Schreider, qui les ont complétés. Ce sont des troubles de la sensibilité, commençant toujours par atteindre la thermesthésie. Ces troubles peuvent même apparaître avant que l'ulcère ne soit constitué, ce qui prouve bien encore que les lésions nerveuses ne sont pas secondaires et sous la dépendance de l'ulcère.

M. Schreider a recherché également les phénomènes généraux et les symptômes concomitants qui pouvaient avoir quelque rapport avec l'ulcère. Des études avaient déjà été dirigées dans ce sens par MM. Pallenc, Auzilhon, Picard, Rienzi, mais leurs conclusions ne reposaient pas sur des observations suffisamment rigoureuses.

Des recherches très consciencieuses de M. Schreider, il ressort qu'on retrouve presque constamment dans les antécédents pathologiques des malades atteints d'ulcères de jambe, les manifestations de l'état constitutionnel auquel on a donné le nom d'arthritisme.

Des remarques précédentes on peut conclure que plusieurs facteurs entrent en jeu dans la pathogénie de l'ulcère, ce sont des troubles circulatoires, des troubles nerveux, un état constitutionnel (Gilson).

Bien que les troubles de la circulation centrale prennent place dans l'étiologie des ulcères (Marcano), ceux de la circulation périphérique ont incontestablement le rôle prépondérant par lésions des artères et par lésions des veines. Les lésions des artères, artérite et athérome, sont presque constantes chez les malades porteurs d'ulcères. Les tracés sphymographiques publiés

par M. Schreider en sont une éloquente démonstration.

Les troubles de la circulation veineuse sont les varices. Mais ici se pose une question : ces varices sont-elles la cause de l'ulcère ou ne sont-elles qu'une lésion concomitante ? Ne voit-on pas souvent des sujets porteurs de varices énormes, nombreuses et anciennes et qui n'ont pas d'ulcères, ni aucune tendance à en avoir, tandis que d'autres qui ne présentent pas de varices apparentes souffrent d'ulcères étendus et récidivant d'une façon désespérante ? Mais la fréquence de la coexistence de ces deux lésions indique manifestement plus qu'une coïncidence, et il doit y avoir un lien qui unit ces manifestations pathologiques. Dans l'impossibilité où nous sommes actuellement de dire quelles sont, dans la pathogénie des ulcères, les lésions primitives, celles du système nerveux ou celles du système circulatoire, nous ne pouvons que les ranger sous la dépendance d'une cause commune « qu'on l'appelle arthritisme (Bazin) ou herpétisme (Lancereau), dit M. Gilson, le mot nous importe peu ; nous sommes toujours en présence de la même interprétation, au moins en ce qui concerne les ulcères variqueux ».

Les varices ne paraissent donc jouer dans la pathogénie des ulcères dit variqueux, qu'un rôle secondaire. La description que donnent les auteurs des ulcères variqueux, est la même que celle qu'ils donnent des ulcères simples, il serait donc préférable de les placer dans un seul groupe et de les rattacher à « des troubles

trophiques sous la dépendance de la circulation et de l'innervation en rapport avec un vice général de l'économie (arthritisme, herpétisme) ».

CHAPITRE II

Historique. — Traitements comparés.

Pendant longtemps le traitement des ulcères quel qu'il fût, a été considéré comme dangereux et les anciens médecins ne l'acceptaient qu'à la condition d'observer une foule de précautions. Des purgatifs étaient prescrits fréquemment, et un cautère à la cuisse permanent devait remplacer l'ulcère à guérir. Les ulcères étaient encore pour les auteurs du *Compendium de chirurgie* « des espèces d'émonctoires ou d'égouts, par où s'écoulent les humeurs superflues, viciées ou malfaisantes. Les supprimer, c'est fermer la porte qui laissait échapper les impuretés du corps, et retenir dans l'organisme les germes d'une foule de maux ». Aujourd'hui presque tous les auteurs sont d'avis que le traitement des ulcères n'est nullement dangereux. Cette proposition trouve encore toutefois des contradicteurs. Nous nous bornons à signaler le fait sans vouloir aborder la discussion dans le cadre restreint où nous sommes placés.

Traitement général.

Nous avôns vu dans le chapitre précédent que l'état général du sujet devait être mis en cause dans l'étiologie et la pathogénie des ulcères variqueux. Il semble tout naturel d'opposer à cet état général un traitement général qui le modifie et, par conséquent, qui agisse avec avantage pour l'amélioration et même la guérison des ulcères. C'est dans ce but que plusieurs médications ont été instituées, sans toutefois amener par elles seules la guérison complète ou même seulement une amélioration.

L'administration des toniques a été de tout temps et avec raison conseillée chez les vieillards et chez les sujets affaiblis. Frayer a administré l'opium à l'intérieur ; on n'en comprend guère la raison, à moins qu'il n'ait voulu combattre les formes douloureuses, car l'opium ne paraît pas jouir de propriétés cicatrisantes. Trastour a employé avec succès l'iodure de potassium à la dose de 2 à 6 grammes par jour, non seulement contre les ulcères syphilitiques, mais encore dans les ulcères idiopathiques les plus rebelles. Hancock, en Angleterre, a préconisé les préparations térébenthinées, mais le petit nombre des observations ne permet pas d'en apprécier les bons effets. Enfin Bernard Kelly (de New-York), administre à ses malades 30 à 40 gouttes de teinture d'iode.

Traitements locaux.

Si la thérapeutique paraît pauvre quand il s'agit du traitement général des ulcères, elle paraît, au contraire, d'une extrême richesse quand il s'agit du traitement local. Mais cette richesse est plus apparente que réelle, et comme on l'a souvent répété le nombre même des traitements est une preuve de leur peu d'efficacité.

A l'exemple de M. E. Rochard, dans son article du Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales (1886), nous diviserons les traitements locaux en trois grands groupes :

Agents mécaniques. — Agents médicamenteux.

Moyens chirurgicaux.

AGENTS MÉCANIQUES. — *Compression.* — Un des modes de traitement les plus anciens, déjà employé par les Arabes, a été préconisé par un grand nombre d'auteurs (A. Paré, Scultet, Fabrice de Hilden, Theden, Desanet, Benjamin Bell), et il a donné de nombreux succès. Wiseman exerçait la compression de la jambe entière par un bas lacé (1780), Underwood Mich. reproduit la

méthode dans son *Traité des ulcères de la jambe* (1787). La méthode par la compression au moyen des bandelettes porte encore le nom de Baynton qui la vulgarisa en 1797. Roux, après un voyage en Angleterre, en rend compte à l'Académie (1814) et en 1817 paraît la thèse de Négrier sur le même sujet. Ce n'est qu'en 1831, après la publication par Ph. Boyer du *Rapport au conseil des hôpitaux sur le traitement des ulcères au Bureau central* (Paris 1831) que la méthode de Baynton est presque généralement adoptée. —

Baynton faisait son pansement de la façon suivante : « Il taillait dans une pièce de sparadrap de diachylum des bandelettes larges de 2 à 3 centimètres et suffisamment longues pour faire une fois et demi le tour du membre. Après avoir rasé les parties voisines de l'ulcère il appliquait ses bandelettes en plaçant leur partie moyenne sur le côté sain du membre. Il en ramenait les deux extrémités vers l'ulcère sur lequel elles se croisaient et qu'elles dépassaient des deux côtés. Il commençait par poser la première bandelette un peu au-dessous de la solution de continuité, puis il imbriquait les autres en les faisant se recouvrir dans le tiers de leur largeur. Il recouvrait ensuite le tout avec des compresses pliées en plusieurs doubles et terminait par un bandage roulé embrassant tout le membre jusqu'au genou » (Rochard).

Ce pansement qui, d'ailleurs, est encore usité, donne d'excellents résultats. On peut lui reprocher de produire, dans quelque cas, sur la peau du voisinage, une irritation aboutissant à l'ulcération (Négrier).

La méthode de Baynton a été bien des fois modifiée, mais seulement dans les détails ; ainsi on a souvent remplacé le diachylum par l'emplâtre de Vigo, ou par des bandes d'ichthiocolle ou d'emplâtre de Nuremberg.

Cooper, Syme, Réveillé-Parise, ont substitué aux bandelettes la mince lame de plomb qu'employait déjà Underwood. M. Conté, conserve les bandelettes, mais les sépare de la plaie par une lame en caoutchouc. Houzé d'Aulnoit exerce une compression méthodique et égale à l'aide d'une bande de flanelle qu'une plaque de cuir sépare de la plaie.

MM. Henry Martin (de Philadelphie) et Cusner emploient une bande élastique qui peut au besoin être remplacée par celle d'Esmarch (Turney, 1876).

Les pansements par les bandelettes ne doivent être changés que tous les deux ou trois jours.

Le pansement ouaté d'A. Guérin agit aussi par compression et a été employé dans le traitement des ulcères, surtout dans les cas de gangrène ou de suppuration de mauvaise nature.

Enfin, pour être complet, mentionnons encore un traitement qui agit encore comme moyen mécanique, c'est celui de M. Bouisson (de Montpellier), qui ventilaient la plaie de façon à en dessécher la surface et à y produire une croûte sous l'abri de laquelle la cicatrisation s'opérait. Il donnait à ce mode de guérison, le nom de cicatrisation *sous-crustacée*.

AGENTS MÉDICAMENTEUX. — Un grand nombre de topiques ont été essayés avec plus ou moins de succès dans le traitement des ulcères variqueux. Ils ont été

attirés dans le principe par les *émollients*, pour faire cesser l'inflammation, puis à l'aide du pansement simple, par l'application d'un linge ceraté ou enduit d'un corps gras. « Ce mode de traitement est encore usité, mais il a l'inconvénient d'amener un certain degré d'atonie dans les tissus, sous l'influence duquel la guérison ne marche plus » (Rochard).

Le traitement par *l'eau froide (water dressing)* qui a d'abord été préconisé pour le traitement des plaies par Liston et Macartney, en Angleterre, a été employé pour la première fois par Marjolin pour le traitement des ulcères. En octobre 1849, il communiqua à la Société de chirurgie les résultats très satisfaisants qu'il en avait obtenus.

Zeis et Billroth préconisent *l'eau chaude* sous forme de bains ; elle agit sur les callosités et les indurations en les ramollissant.

Les *poudres inertes* rendent des services surtout dans les cas où les sécrétions ou la suppuration sont trop abondantes. Les plus usitées sont celles de sous-nitrate de bismuth et de talc qui agissent en absorbant le pus et en excitant mécaniquement les bourgeons charnus ; celles de charbon, de quinquina, d'alun et de tannin qui sont astringentes ; celles d'amidon et de fécule qui calment les démangeaisons et dessèchent les excoriations.

Les *pommades* et les *onguents*, habituellement à base de résine ou de térébenthine, ont encore leurs partisans. Dans cet ordre le styrax paraît être un des

meilleurs topiques. M. Lucas-Championnière applique l'onguent napolitain.

Les *pansements antiseptiques* n'ont pas l'importance qu'ils ont dans le traitement des plaies ordinaires. On a employé indifféremment l'alcool, l'acide phénique, le permanganate de potasse, le sublimé corrosif. Le coaltar ou goudron de houille a été usité avec une poudre inerte sous le nom de poudre de Corne et Demeaux. La liqueur de Villate a joui d'une certaine vogue, mais son application est douloureuse et n'est pas sans danger par le fait de l'absorption des sels de plomb (sous-acétate) qu'elle renferme.

L'eau oxygénée et l'oxygène pur ont aussi donné de bons résultats ; leurs propriétés cicatrisantes sont manifestes.

A côté des antiseptiques prennent tout naturellement place les *hypochlorites* de chaux et de soude, mais nous en reportons l'histoire et l'étude détaillée au chapitre suivant.

On peut encore citer comme topiques dans le traitement des ulcères, le perchlorure de fer (Silvester), le sulfure de carbone (Guillaumet), le chlorate de potasse (Milon), le sulfate de cuivre (Quenu), le tartrate ferrico-potassique (E. Rochard).

Dans une thèse récente (Paris 1897), M. V. Debaine, réhabilite l'aloës, dont l'emploi à la surface des plaies remonte à plusieurs siècles. Il préconise l'usage soit de la teinture d'aloës, soit de la poudre de la même substance employée seule ou mélangée avec des poudres inertes.

M. Aubouin, dans une thèse également récente (Paris 1897), applique aux ulcères le pansement d'Unna à base d'oxyde de zinc (Pâte de Lassar, colle-pâte de Unna).

Ces deux derniers traitements auraient l'avantage de ne nécessiter que des pansements rares sans interrompre les occupations des malades.

Caustiques. — Les cautérisations sont employées concurremment avec tous les pansements. On a utilisé les propriétés caustiques du sulfate de zinc, de l'acide chroniqué, de l'acide picrique en solution. Les caustiques solides comme le sulfate de cuivre et le nitrate d'argent, facilement maniabiles, leur sont généralement préférés.

Traitements chirurgicaux.

On n'emploie guère les moyens chirurgicaux qu'après l'essai infructueux des divers moyens médicaux. La cautérisation par les escharotiques et surtout par le fer rouge est un des plus fréquemment usités. Elle a donné de remarquables résultats dans les ulcères à formes atonique, phagédénique et gangréneuse.

L'usage de l'instrument tranchant comporte plusieurs méthodes, celle des scarifications radiées, celle des incisions libératrices, celle des greffes épidermiques ou cutanées.

Les *scarifications radiées* sur les callosités, en dilacérant et en détruisant la gangue fibreuse qui entoure et comprime les vaisseaux et les nerfs, impriment une heureuse modification au tissu induré.

Les *incisions libératrices* dont on attribue l'invention à Gay (Lancet 1853), sont faites en dehors de l'ulcère pour en modifier la surface. Ces incisions paraissent agir en favorisant le glissement des parties.

Les *greffes* sont de trois sortes : greffes épidermiques, greffes dermo-épidermiques, greffes muqueuses. Quelles qu'elles soient, elles amènent la cicatrisation d'une façon très rapide.

L'instrument tranchant offre encore une dernière ressource à laquelle heureusement on n'est pas obligé de recourir souvent, au moins en Europe, c'est l'*amputation*. Elle est indiquée par la gravité des lésions et le degré de danger dont elles menacent l'état général du sujet.

En 1848, Spencer Wells expérimenta l'action des *courants électriques* continus sur la marche des ulcères. D'après Arnold (thèse, Paris 1877), l'électricité agit en augmentant la contractilité des vaisseaux et en favorisant la circulation et la nutrition des tissus.

Enfin, il faut encore mentionner le traitement des ulcères par le *massage*. La méthode en est due à Ernest Maylard (1891) ; Erdinger dans sa thèse (Bordeaux, 1893), expose les bons résultats qu'il en a obtenus dans douze cas dont il rapporte les observations.

CHAPITRE III

Composition et propriétés de la liqueur de Labarraque.

Le nom de Larraque sera si souvent prononcé dans la suite de ce travail, qu'il nous semble juste de commencer par lui rendre hommage en retraçant en quelques mots sa vie et ses œuvres.

Labarraque (Antoine-Germain) est né à Oloron (Basses-Pyrénées), en 1777 ; il est mort à Paris en 1850. Il fut arraché très jeune à ses études par la réquisition et incorporé dans les grenadiers de Latour d'Auvergne. Après s'être signalé sur le champ de bataille, il occupa ses loisirs de garnison à travailler comme élève pharmacien. Il fut nommé pharmacien à vingt ans et obtint peu après la place de pharmacien en chef de l'hôpital espagnol de Berra. Licencié à la suite d'une longue maladie, il alla suivre les cours de Chaptal à Montpellier, puis à Paris ceux de Vauquelin.

En 1805, il publia un traité *Sur la dissolution du phos-*

phore, et un autre *Sur les électuaires*. Ces travaux lui ouvrirent les portes de la Société de pharmacie et de la Société de médecine. En 1820 il obtint le prix du concours ouvert par la Société protectrice de l'industrie nationale, sur les moyens à employer pour enlever la membrane muqueuse des intestins traités dans les boyauderies, sans employer la macération et en s'opposant à la putréfaction. Il venait de découvrir les propriétés désinfectantes de l'eau de Javelle, et obtint à la suite de ce travail le prix Montyon. En 1826, l'Académie de Marseille lui décerna une médaille d'or pour ses découvertes sur les propriétés des chlorures et leur application à l'hygiène et à l'industrie.

Outre les ouvrages déjà cités, Labarraque a publié en 1822, *l'Art du boyaudier* (Paris, 1822) ; *De l'emploi des chlorures de sodium et de chaux* (Paris, 1825) ; *Manière de se servir du chlorure de sodium* (Paris, 1825) ; *Notes sur les asphyxies produites par les émanations des fosses d'aisances* (Paris, 1825) ; *Rapport au Conseil de salubrité de Paris sur l'exhumation des cadavres déposés en 1830 dans les caveaux de l'église Saint-Eustache*. On a encore de lui une foule de travaux publiés dans divers recueils scientifiques.

Labarraque fit aussi, en étudiant les procédés de désinfection des boyaux, une découverte physiologique intéressante : chez les herbivores, la membrane péritonéale est extrêmement mince, tandis que la muqueuse est très épaisse ; chez les carnivores le fait contraire s'observe toujours. Cette différence fut attribuée avec raison par Labarraque à la différence du mode d'alimentation de ces deux classes d'animaux.

C'est à la solution d'hypochlorite de soude qu'on a donné le nom de *liqueur de Labarraque*.

Composition. Préparation. — Dans les laboratoires la liqueur de Labarraque se prépare par double décomposition, en faisant réagir une solution d'hypochlorite de chaux ou chlorure de chaux dans une solution de carbonate de soude et en filtrant. Le procédé industriel diffère en ce que la solution de carbonate de soude est saturée par du chlore gazeux.

Pour l'usage de la médecine, la liqueur de Labarraque s'obtient, d'après la formule du Codex, en prenant :

Chlorure de chaux sec	400 parties.
Carbonate de soude cristallisé	200 —
Eau	4.500 —

On délaye le chlorure de chaux dans les deux tiers de l'eau et le carbonate dans l'autre tiers, puis on fait le mélange. Par une double substitution, du carbonate de chaux se précipite et la liqueur surnageante contient le chlorure de soude en dissolution. Il suffit de filtrer pour séparer le dépôt calcaire :

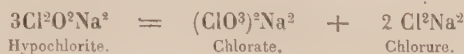


Propriétés. — Toutes les solutions d'hypochlorites sont limpides, incolores et exhalent une odeur forte, analogue à celle du chlore ou de l'acide hypochloreux étendu d'eau.

L'hypochlorite de soude offre tous les caractères du

chlore et une partie de ceux des chlorures. Il a l'odeur du chlore, et comme lui, c'est un oxydant très énergique.

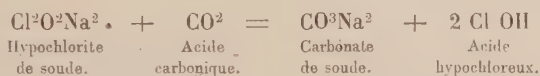
Sous l'influence d'une température variant de 40° à 90° l'hypochlorite de soude sec se transforme en chlorate et chlorure. En dissolution il est beaucoup moins altérable par la chaleur, ce n'est qu'à l'ébullition que cette transformation a lieu :



Il ne faudrait donc pas essayer de stériliser la liqueur de Labarraque par l'ébullition, ce serait la décomposer et par conséquent lui faire perdre ses propriétés.

La lumière directe du soleil produit le même effet que la chaleur quoique plus lentement.

Les acides, même les plus faibles décomposent l'hypochlorite de soude ; l'acide carbonique de l'air suffit pour chasser l'acide hypochloreux et former du carbonate de soude :



Les acides sulfuriques, chlorhydriques, etc., décomposent l'hypochlorite de soude en produisant un dégagement de chlore.

L'hypochlorite de soude se décompose donc avec une grande facilité ; la chaleur, la lumière, les acides l'altèrent ; outre la précaution de ne pas chauffer la liqueur de Labarraque, il faut la conserver dans des

vases bien fermés et à l'abri de l'air et de la lumière, dans des lieux frais si c'est possible.

Usages. — Les usages de la liqueur de Labarraque diffèrent peu de ceux du chlore, mais son emploi est préférable en ce que l'odeur est moins vive et moins désagréable ; l'action est moins brusque et peut être réglée à volonté ; l'application en est simple et plus commode qu'avec la dissolution de chlore.

L'hypochlorite de soude réagit sur les matières organiques comme le chlore, en leur enlevant de l'hydrogène et en faisant prédominer l'oxygène.

Toxicologie. — La liqueur de Labarraque est toxique par l'instabilité de sa combinaison, le chlore étant mis très facilement en liberté.

L'intoxication par l'hypochlorite de soude se rencontre quelquefois dans les fabriques de ce produit ; elle est d'ailleurs presque toujours accidentelle. Deux chimistes ont été victimes du chlore, l'un en France, Pelletier, l'autre à Dublin, Roë.

Les composés chimiques qui se forment par l'action du chlore sur les tissus organisés sont mal connus ; l'hydrogène enlevé entre dans la constitution de l'acide chlorhydrique, l'oxydation qui en est la conséquence transforme ou détruit les matières organiques.

Le chlore est éliminé par le sang à l'état de chlorure.

Effets physiologiques. — Les principaux effets du gaz chlore et des hypochlorites par décomposition découlent de la grande affinité de ce gaz pour l'hydrogène. En soustrayant l'hydrogène aux molécules organiques

sur lesquelles il agit, il en détruit la structure et les propriétés.

« C'est de cette façon qu'il désorganise les tissus animaux, qu'il coagule les substances albuminoïdes, le sang, les matières collagènes, qu'il blanchit et détruit toutes les matières colorantes végétales et animales, même de pigment des poils ; c'est aussi de cette manière qu'il détruit toutes les substances chimiques ou les éléments figurés qui provoquent et entretiennent la putréfaction et supprime par suite, la fermentation putride et les odeurs méphitiques. » (Dujardin-Beaumont.)

Godier a observé la diurèse à la suite de l'emploi interne et externe de l'hypochlorite de soude.

Administrée par la bouche la liqueur de Labarraque donne lieu à une production d'acide chlorhydrique qui a pour résultat d'activer le travail de la digestion. Suivant Nysten, elle détermine dans les voies digestives une astriction marquée, cause de la constipation et décolore les matières fécales.

Usages thérapeutiques. — « Lorsque peu après la découverte du chloré par Hallé, Fourcroy, Guilbert, Vauquelin, Guyton de Morveau eurent mis en évidence ses propriétés antiseptiques, on crut avoir trouvé en lui un moyen infaillible de détruire miasmes, virus, contagés de toutes espèces, et d'annihiler les germes de toute maladie infectieuse et épidémique. » On l'employa sous forme d'eau chlorée, de chlorures de chaux et de soude, contre le typhus, contre la fièvre jaune (1828) contre le

choléra (1834), la rage, les morsures de serpents ; mais dans aucun de ces cas, il ne répondit aux espérances qu'on en attendait.

Avec plus de succès et de raison Gubiau (de Lyon) a proposé l'eau chlorée pour lotionner les varioleux au moment où le pus commence à prendre de la fétidité ; Boyer (de Marseille) a conseillé les injections du même corps dans les foyers purulents fétides qui entretiennent la fièvre putride ; Récamier, Deslandes ont injecté l'eau chlorurée dans l'utérus lors de rétention du placenta avec putréfaction ; Reid (de Dublin) a donné des lavements de la même solution dans le cas de selles dysentériques fétides ; Cottureau et Chevalier ont conseillé les solutions de chlorure de chaux ou de soude pour annihiler l'odeur nauséabonde du pus de l'ozène.

Nous verrons dans le chapitre suivant comment le chlore et ses composés ont été employés dans le traitement des ulcères.

Le chlore et les chlorures ont été essayés sans beaucoup de succès dans le traitement de la tuberculose pulmonaire.

Enfin, Labarraque employait l'hypochlorite de sodium contre les empoisonnements par le gaz acide sulfhydrique ou sulfhydrate d'ammoniaque. Il en imbibait un linge et le maintenait sous le nez de l'asphyxié.

CHAPITRE IV

Traitement des ulcères par la liqueur de Labarraque.

Grâce aux précieuses indications bibliographiques fournies par M. le professeur Panas, dont le nom reviendra presque à chaque page dans ce chapitre, nous avons pu facilement nous reporter aux origines de la méthode que nous préconisons dans ce travail. C'est Michel Klimatis qui nous les présente le premier dans un mémoire, publié par la *Revue médicale* de 1826, *sur l'emploi du chlorure de chaux dans le traitement des ulcères simples, d'après les observations recueillies à l'hôpital de la Pitié, dans les salles de M. Lisfranc, chirurgien en chef*. Lisfranc, dit-il, venait de voir passer dans ses salles de la Pitié une série d'ulcères qui résistaient au traitement ordinaire ou qui, à peine cicatrisés, récidivaient dès que les malades reprenaient leurs occupations. « Ce fut alors que M. Lisfranc conçut pour la première fois l'heureuse idée de traiter des ulcères simples par le

chlorure de chaux, employé déjà par M. Percy, contre la pourriture d'hôpital, en 1793, et depuis lui, par plusieurs praticiens, contre la gangrène, les ulcères vénériens, contre la teigne et plusieurs autres affections. » Après un exposé des excellents résultats obtenus par la nouvelle méthode, Michel Klimatis ajoute : « A l'avantage immense de hâter la cicatrisation, le chlorure de chaux ou d'oxyde de sodium (*Liquueur de Labarraque*) joint la propriété non moins remarquable de faire obtenir des cicatrices solides. »

Si nous consultons la *Clinique chirurgicale de la Pitié* publiée par Lisfranc en 1841, nous trouvons à propos du traitement des brûlures les conclusions suivantes (page 231) : « Les chlorures d'oxyde de sodium ou de calcium, employés contre les brûlures, dissipent presque complètement la douleur, diminuent l'inflammation et l'innervation et empêchent les réactions sur l'ensemble de l'économie. Ils guérissent plus promptement ; ils facilitent la chute des escarres ; ils produisent des cicatrices plus avantageuses ; ils obtiennent souvent la guérison des malades qui étaient voués à une mort certaine, si les moyens connus avaient été mis en usage. »

Dans une autre partie de son ouvrage, Lisfranc expose les heureux résultats obtenus par la même méthode dans le traitement des ulcères : « Si le chlorure d'oxyde de sodium est employé contre les ulcères, suivant les indications que nous avons exposées, on obtient presque constamment, en huit ou quinze jours, ce qu'on n'aurait pas ordinairement obtenu en cinq semaines ou deux mois par les autres moyens. »

Lisfranc attribuait les mêmes propriétés au chlorure de chaux qu'au chlorure d'oxyde de sodium (*hypochlorite de soude*), mais « le chlorure d'oxyde de sodium, dit-il, doit avoir la préférence sur celui de calcium ; ce dernier quelle que précaution qu'on prenne diminue de force et n'est pas toujours égal à lui-même ».

Après Lisfranc, Nélaton paraît avoir adopté le traitement des ulcères par les chlorures, mais il ne fait que les indiquer sans commentaires dans ses *Éléments de pathologie chirurgicale* (Paris, 1844), comme liquides excitants dans le traitement des ulcères simples, scrofuleux, calleux et variqueux.

C'est dans son service que M. Panas, en 1857, alors qu'il était interne, constata les bons effets de l'eau chlorurée dans le traitement des ulcères variqueux. Follin paraît aussi avoir apprécié cette méthode dans le même service. « On a vu, dit-il, dans son *Traité de pathologie externe* (Paris 1861), guérir des ulcères par des moyens excitants, mais nous préférons surtout la solution faible de nitrate d'argent et la solution étendue de chlorure de chaux que met en usage Nélaton. Ces deux solutions cathérétiques modifient avec la plus grande promptitude la surface sanieuse et putride de certains ulcères. »

En 1872, C. Boutier fait du traitement des ulcères variqueux par l'eau chlorurée et les greffes épidermiques le sujet de sa thèse et enfin, en 1874, paraît dans le *Journal de Thérapeutique* (Gubler) un article intitulé : *Du traitement des ulcères variqueux, par l'application locale des hypochlorites, en particulier de l'hypochlorite de chaux et*

par l'épidermisation, où M. Panas expose les résultats d'une expérimentation personnelle pratiquée depuis dix ans dans les hôpitaux.

Le traitement des ulcères variqueux par la liqueur de Labarraque est actuellement employé à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. le professeur Duplay. A la Pitié, M. Albert Robin applique le même traitement toutes les fois que le hasard amène dans son service des malades porteurs d'ulcères, et depuis longtemps il en fait remarquer les bons effets à ses élèves. C'est là que nous avons pu les apprécier et c'est là que nous avons pu suivre de près les malades dont nous donnons les observations.

Pour analyser les heureuses modifications imprimées à la marche des ulcères par la liqueur de Labarraque, nous ne pouvons mieux faire que nous guider sur le travail de M. Panas, auquel d'ailleurs nous ferons de larges emprunts. On pourra nous objecter que notre méthode manque de rigueur et que nous appliquons à tort à l'hypochlorite de soude les résultats qui ont été obtenus par l'hypochlorite de chaux. Mais nous avons vu déjà que ces deux composés chlorés jouissent de propriétés identiques, qu'ils ont été tour à tour indifféremment employés, et que Lisfranc, sur le conseil de son ami Labarraque, ne donnait la préférence à l'hypochlorite de soude qu'en raison seulement de la plus grande stabilité de sa composition.

L'action des hypochlorites de chaux et de soude sur les tissus organiques vivants est assez complexe. Nous savons que les acides les plus faibles décomposent les

hypochlorites ; l'acide carbonique de l'air peut être le principe de la décomposition au début ; le chlore ou l'acide hypochloreux qui se dégage soustrait une certaine quantité d'hydrogène aux tissus pour former de l'acide chlorhydrique. Le milieu devenu franchement acide accélère la décomposition et par suite la production d'oxygène qui en est la conséquence. Du chlorure de chaux ou de soude se produit en même temps, de sorte qu'il est difficile de dire auquel de ces éléments revient le rôle curatif dans le traitement des ulcères.

Le premier résultat de l'application de l'eau chlorurée sur un ulcère, et il est appréciable dès le premier jour, c'est la disparition de l'odeur gangréneuse, remplacée par l'odeur chlorée.

On ne tarde pas à constater une modification de l'ulcère : « Dès le second ou troisième jour, dit M. Panas, la surface détergée de l'ulcère perd son aspect grisâtre et commence à se colorer légèrement en rose, en même temps que le limbe blanchit par suite de la macération de la couche cornée de l'épiderme et de la décoloration chimique du stratum morgagnien sous-jacent saturé de pigment noir. »

Les jours suivants, l'amélioration s'accroît et : « La surface de l'ulcère est tout entière formée par de magnifiques bourgeons charnus framboisés, d'un rouge artériel extrêmement vif et d'une consistance ferme ; en un mot, ils sont tels qu'on les voit sur les plaies bourgeonnantes du plus bel aspect. »

La peau qui entoure l'ulcère reprend ses propriétés et son aspect physiologiques avec le retour d'une circu-

lation capillaire très active. La perte de substance se comble au centre par le développement de bourgeons charnus, tandis « qu'à la circonférence l'épiderme gagne de proche en proche et dans un espace de temps relativement court (un mois à six semaines), les ulcères les plus étendus et les plus profonds, ceux qui vont jusqu'à dénuder le tibia se trouveront guéris ».

Un liseré rouge carminé, qui témoigne un afflux considérable de sang artériel dans les tissus nouveaux marque constamment la limite des progrès de la prolifération épithéliale vers le centre de l'ulcère.

Dès qu'ils sont atteints par l'épiderme nouveau, les bourgeons charnus les plus exubérants s'affaissent. M. Panas attribue cette rétraction à l'organisation conjonctive des éléments embryonnaires de la cicatrice.

Ces signes manifestes d'artérialisation avaient engagé M. Panas à attribuer à l'action de l'oxygène les résultats surprenants obtenus par l'eau chlorurée. « Nous avons traité, disait-il en 1874, par l'eau chlorurée plus de deux cents ulcères variqueux de jambe, et toujours nous avons vu coïncider la modification salutaire de ceux-ci avec l'artérialisation du sang qui y circule, le tout sous l'influence oxydante de l'hypochlorite de chaux mis au contact des tissus.

« Nous le répétons, l'oxygène et l'oxygène à l'état naissant, devient ici le véritable agent curatif. »

Cette action de l'oxygène paraissait confirmée par les succès obtenus par MM. Laugier et Demarquay, par l'action de l'oxygène pur appliqué sur des membres gangrénés. « Le résultat le plus frappant de ces appli-

cations d'oxygène, dit M. Demarquay, est : 1° la cessation des douleurs ; 2° l'excitation de la circulation capillaire ; 3° la décoloration du membre qui perd rapidement sa teinte violacée ; 4° enfin, l'élimination des escharres et la guérison. »

M. Panas adoptait de préférence à l'oxygène pur l'eau chlorurée comme agent d'oxydation, parce que l'oxygène à l'état naissant est plus favorable aux combinaisons chimiques, parce que l'eau de la solution rend les échanges plus faciles en détergeant la plaie et en ramollissant l'épiderme, parce que enfin le dosage de l'oxygène est facilité par la faculté de varier à volonté le titre de la solution suivant l'irritation de la plaie. En outre l'application de l'eau chlorurée présente encore l'avantage de sa simplicité d'application et de la modicité de son prix.

Depuis l'époque où il donnait ces conclusions, M. Panas a fait de nouvelles expériences. Il a expérimenté l'action de l'oxygène naissant sous différentes formes sur les ulcères et il n'a pas obtenu les mêmes succès qu'avec les solutions d'hypochlorites. Il faut donc se contenter d'attribuer à ces composés chlorés une certaine spécificité contre les ulcères et la mettre à profit sans pouvoir expliquer leur action.

On a voulu attribuer les bons effets de traitement par les hypochlorites, au repos auquel on soumettait les malades en même temps qu'on appliquait le topique. Mais des malades de Lisfranc, des malades de M. Panas sont arrivés à la guérison par l'action de l'eau

chlorurée sans avoir pour autant cessé leurs occupations.

Qu'on se reporte aux observations que nous avons pu recueillir et l'on verra des ulcères, traités par le repos et les moyens ordinaires sans amélioration appréciable, se modifier brusquement avec l'application de l'eau chlorurée. Nous lisons, par exemple : Obs. VI. « Le repos et les cataplasmes employés jusqu'au 18 juin (depuis le 18 mai) n'avaient dissipé que la douleur et la légère tuméfaction des téguments. Emploi du chlorure de chaux. Le 19, couleur vermeille ; le 22, parfaite cicatrisation. »

Ce n'est pas non plus, comme on l'a également prétendu, par l'atmosphère humide qu'elle maintient, qu'agit la solution chlorurée, car l'eau pure ou toute autre solution saline, alcoolique, acide ou alcaline ne peut donner des résultats aussi rapides. Les observations que nous avons empruntées à la thèse de Ricard (1826) signalent presque toutes l'emploi des cataplasmes émollients avant celui de l'eau chlorurée. L'atmosphère maintenue autour de la plaie par les cataplasmes serait-elle moins humide que celle qui est produite par les solutions chlorurées ?

A ce sujet, M. Panas cite un fait qu'il nous semble intéressant de rapporter ici :

« Voici un fait d'expérience, dit-il, où le hasard seul nous a servi de guide.

« Il y a une dizaine d'années, je remplaçai M. le professeur Richet à la Pitié. Ayant à traiter divers ulcères variqueux aux jambes, je profitai de l'occasion pour

montrer aux élèves qui suivaient le service, tout le parti qu'on pourrait tirer de l'emploi méthodique de l'eau chlorurée. Parmi ces ulcères, il y en avait un très étendu et d'apparence gangréneuse qui, au bout de peu de jours de l'emploi de cette eau, avait été transformé en une plaie bourgeonnante et vermeille du plus bel aspect. Un jour, à la visite du matin, j'ai été très étonné de trouver la surface suppurante, desséchée, noirâtre et comme frappée d'asphyxie. Le malade me déclara en outre qu'il n'avait pas dormi de toute la nuit, tellement il avait senti renaître les douleurs de l'ulcère, que le traitement chloruré avait complètement dissipées les jours précédents. Ce fait m'avait paru d'autant plus étrange qu'il contrastait avec tout ce que j'avais vu jusque-là. Or, renseignement pris, voici ce qui s'était passé. L'infirmier de service, au lieu d'eau chlorurée, s'était servi la veille au soir, par inadvertance, d'extrait de saturne, sans rien changer d'ailleurs au mode de pansement. La méprise reconnue, je recommandai de nouveau l'eau chlorurée, et dès le lendemain matin, l'ulcère reprenait sa coloration vermeille et tout sentiment de brûlure et de cuisson disparaissait. »

Ce n'est pas non plus par leur alcalinité qu'agissent les solutions chlorurées. « Des expériences comparatives nous ont convaincu du contraire et j'en dirai autant des solutions légèrement acidulées. » (Panas.)

Cette longue digression sur l'action des hypochlorites nous fait perdre de vue la marche de la guérison. Reprenons-la où nous l'avons laissée en laissant une fois de plus la parole à M. Panas : « Une fois que la

perte de substance se trouve comblée, que des bourgeons charnus roses se trouvent de niveau, que les parties voisines précédemment brunâtres, œdémateuses et d'une dureté ligneuse, ont repris leur souplesse et toutes les propriétés de l'état normal, on voit l'épidermisation faire des progrès rapides sous la forme d'anneaux concentriques lisses et argentés, précédés du liseré rouge décrit précédemment ; que si un ou plusieurs îlots de peau saine se trouvent au milieu de la surface bourgeonnante, on les voit devenir autant de centres d'épidermisation qui vont à la rencontre les uns des autres, ainsi que l'épiderme marginal, jusqu'à ce qu'enfin l'ulcère se trouve définitivement cicatrisé. »

Cette action si remarquable des solutions d'hypochlorites sur les ulcères variqueux, ne se retrouve plus quand on les emploie contre les ulcères syphilitiques et tuberculeux. Mais les mêmes propriétés cicatrisantes se retrouvent quand on les emploie dans le traitement des plaies récentes avec écrasement, et même des plaies opératoires.

En parcourant les quelques observations que nous avons pu recueillir, on verra que les hypochlorites ont donné des succès remarquables dans des cas d'ulcères très étendus et très anciens pour lesquels d'autres traitements avaient complètement échoué. Le malade dont l'histoire est rapportée dans notre première observation avait depuis 15 ans un ulcère dont les dimensions étaient telles qu'elles menaçaient sa vie et qu'on n'espérait plus le sauver que par l'amputation. Dans les observations suivantes on verra que des ulcères da-

tant de deux, trois, huit, dix, douze, vingt ans, ont été complètement guéris et relativement en fort peu de temps par l'application des hypochlorites. (V. obs. XX, XXII, XXVIII, XXIV, XIV, XV, III, XI).

CHAPITRE V.

Mode d'emploi de la liqueur de Labarraque. — Traitement après la guérison contre la récidive..

I

Voici la méthode de traitement des ulcères variqueux appliquée dans le service de M. Albert Robin, à l'hôpital de la Pitié :

1° L'ulcère et la région environnante sont lavés abondamment avec une solution antiseptique.

2° Des compresses imbibées de liqueur de Labarraque pure ou étendue d'eau sont appliquées directement sur l'ulcère.

3° Ces compresses sont recouvertes d'une toile imperméable.

4° Le tout est maintenu en place avec une bande de gaze avec ou sans interposition d'un manchon d'ouate ordinaire.

5° Le pansement est renouvelé tous les jours.

Tel est le principe de la méthode qui peut dans les détails subir quelques modifications suivant les circonstances.

Le premier temps qui consiste dans le *lavage* de la plaie, n'est souvent plus nécessaire après les deux ou trois premiers jours de pansement par la liqueur de Labarraque, les sécrétions ayant disparu ou étant complètement absorbées par les compresses qui sont en contact avec la plaie. Mais pour les premiers pansements le lavage est indispensable, les malades se présentant le plus souvent dans un état de propreté très défectueux. La surface ulcérée est lavée avec une solution antiseptique faible (acide phénique à 45 p. 1000, eau boricuée à 40 p. 1000 ou sublimé à 1 p. 2000). Ce nettoyage de la plaie doit être fait avec beaucoup de soin, sans cependant trop insister, car on s'exposerait à faire saigner les bourgeons charnus et par conséquent à ouvrir de nombreuses portes d'entrée à l'infection. De plus, d'après M. le professeur Duplay, une asepsie complète des ulcères variqueux est plutôt défavorable à leur cicatrisation ; un léger état inflammatoire, dû à la présence de quelques microbes semblant hâter la guérison.

Une fois la plaie bien débarrassée des sécrétions et des détritits organiques, on applique comme il a été dit plus haut les *compresses* imbibées de liqueur de Labarraque. Mais quand doit-on l'employer pure, quand doit-on l'étendre d'eau ? « On serait tenté de croire *a priori*, dit M. Panas, que l'eau chlorurée jouit de pro-

priétés excitantes, et que dès lors elle ne saurait convenir lorsque les parties sont vivement enflammées et douloureuses. L'expérience m'a démontré qu'il n'en est rien. » Des malades ayant des ulcères très irrités et parfois très douloureux se sont trouvés beaucoup mieux de l'application d'hypochlorite que de celle de cataplasmes émollients qui augmentaient plutôt cette irritation et ces douleurs. Cependant si l'irritation de la peau du voisinage de l'ulcère est trop grande, il est préférable comme le recommandent Lisfranc, MM. Pannas et Albert Robin, de couper la solution avec un quart, la moitié ou un tiers d'eau ordinaire. On peut encore protéger les endroits les plus sensibles à l'aide d'une petite couche de cérat, d'huile d'amandes douces ou de tout autre corps gras, frais et dépourvu d'acidité. M. V. Dehaine préconise un badigeonnage autour de la plaie avec un mélange à parties égales d'oxyde de zinc et d'huile d'olive. L'huile serait absorbée par la peau ou par le pansement et laisserait à la surface des téguments une couche mince et adhérente d'oxyde de zinc qui jouerait le rôle d'un vernis protecteur. Dans le même cas et dans les cas de complication d'eczéma ou de dermite eczémateuse M. Albert Robin conseille l'emploi de la teinture de benjoin ou mieux encore l'application du baume du Commandeur (1) qui

(1) Le Baume du Commandeur (*teinture balsamique du Codex*) se prépare de la manière suivante :

Racine d'angélique.. .. .	10 gr.
Sommités fleuries d'hypericum..	20 gr.
Alcool à 80°	720 gr.

donnent d'excellents résultats (V. obs. XXV). Les malades eux-mêmes le réclament quand ils l'ont essayé, les démangeaisons ou douleurs sont calmées, les lésions cutanées sont très rapidement amendées ou guéries.

La *toile imperméable* (baudruche, taffetas gommé ou protective) qui recouvre les compresses a pour but d'empêcher l'évaporation et par suite le dessèchement du pansement.

Le pansement est renouvelé une fois par jour au moins. Il est évident que dans les cas où il y a des sécrétions ou une suppuration très abondantes il doit être renouvelé plus fréquemment. Lisfranc, M. Panas, conseillent le changement des plumassaux ou compresses cinq à six fois par jour dans tous les cas.

La méthode de traitement par la liqueur de Labarraque n'est pas exclusive et elle peut avec avantage être associée à d'autres. Si, par exemple, des ulcères ont guéri spontanément sous la seule influence du repos, il est évident que le repos joint à l'application du topique ne pourra que favoriser et hâter la cicatrisation. Aussi, dans le service de M. Albert Robin, les

Après huit jours de contact, on passe avec forte expression et on ajoute d'abord à la liqueur :

Myrrhe	}	aa.....	10 gr.
Oliban			

Après huit jours de macération on ajoute :

Baume de Tolu ... 60 gr.

Benjoin 60 gr.

Aloès du Cap 10 gr.

On filtre après dix jours de contact.

4

malades porteurs d'ulcères sont tenus au repos absolu et cela pour leur plus grand avantage.

La compression elle aussi a donné des succès par elle-même. Rien n'empêche de l'associer au traitement que nous préconisons, surtout dans les cas où le repos ne pourra être obtenu d'une façon rigoureuse. Elle sera exercée en interposant entre la toile imperméable et la bande une couche d'ouate qui aura en outre l'avantage de soustraire la plaie aux traumatismes possibles. L'usage de la bande élastique est aussi indiqué dans ce cas.

Tous les moyens chirurgicaux usités dans le traitement des ulcères pourront être appliqués de la même manière en même temps que le pansement chloruré. La greffe épidermique est un des procédés les plus recommandables (V. obs. XX, XXIII, XXIV, XXV) mais il ne faut l'employer que lorsque toute la surface de l'ulcère se trouve recouverte de bourgeons charnus, en multipliant autant que possible les centres d'épidermisation dans les ulcères étendus.

Nous ne reviendrons pas sur le traitement général, nous avons vu au chapitre II, combien la thérapeutique nous offrait peu de ressources de ce côté. Cependant dans les cas où les signes de l'artério-sclérose sont très marqués, l'administration de l'iodure de potassium à l'intérieur pourrait avoir quelque heureuse influence sur la marche de l'ulcère, comme Trastour l'a plusieurs fois constaté.

Mais ce n'est pas tout que d'obtenir la cicatrisation des ulcères. A quoi bon soumettre le malade au repos, l'astreindre à l'ennui de pansements fréquents, si, à peine ses occupations ordinaires reprises il voit de nouveau reparaitre l'ulcère ? La chose est d'autant plus à déplorer que ce sont surtout des sujets dont la situation sociale les place dans les plus mauvaises conditions pour lutter contre leur mal.

« Toutes les ressources de l'art, dit Lisfranc, sont trop souvent insuffisantes pour empêcher la récurrence des ulcères : les cicatrices récentes sont mal organisées ; si le malade marche immédiatement après leur formation, elles se congestionnent d'abord, elles deviennent plus rouges ; bientôt la stase du sang leur donne une couleur bleu foncé ; elles se rompent, elles se détruisent, et les ulcères sont rétablis. »

Que trouve-t-on dans les auteurs au sujet du traitement préventif de la récurrence ? Ils s'accordent tous pour avouer leur impuissance, et ils n'ont guère à conseiller que le repos et la compression. Lisfranc préconise le port d'un bas lacé fait soit avec de la toile de coutil, soit avec de la peau de chien ; le premier a l'inconvénient de faire des plis et de donner lieu à une compression inégale. Lisfranc fait remarquer avec raison que la com-

pression doit être moins forte au niveau du mollet, car pendant la marche le volume du mollet augmente et il pourraient en résulter une gêne dans la circulation de retour tout à fait favorable au retour de la lésion. Par le repos prolongé trois à six mois après la cicatrisation de l'ulcère, Lisfranc a observé la guérison définitive ; ce repos permettrait d'après lui, la cicatrice de s'organiser solidement sous les téguments (V. obs. I). Dans quelques cas il recommande la résection des veines. Les auteurs qui ont écrit après Lisfranc n'ont apporté aucun élément nouveau au traitement préventif de la récurrence.

Il ne faudrait pas pour autant abandonner la lutte, car nous avons deux nouvelles ressources que nous propose M. A. Robin. La première, il est vrai, n'est guère à la portée de la classe qui en aurait le plus besoin, c'est le traitement par les eaux minérales, mais la seconde peut être employée partout et avec la plus grande facilité, c'est le massage.

Les *eaux minérales* dont M. Albert Robin a déjà constaté les bons effets surtout dans les affections du système veineux, phlébite, périphébite, phlébectasie, sont celles de Bagnoles de l'Orne, d'Ussat et de Bagnères-de-Bigorre.

Les eaux de Bagnoles, chlorurées, sodiques, faibles, bien étudiées par MM. Joubert et Censier, sont d'une façon générale réparatrices et remontantes. Leurs effets se traduisent d'abord par l'augmentation de l'appétit et l'accroissement de l'énergie musculaire. La circulation est activée, l'enveloppe cutanée devient souple, douce au toucher, les fonctions digestives sont stimulées, enfin

l'organisme entier acquiert une plus grande vitalité (Dujardin-Beaumetz).

Les eaux de Bagnoles sont administrées principalement contre les troubles des voies digestives, le rhumatisme et certaines affections nerveuses. Les dermatoses, eczéma, acné, etc., sont améliorées par le traitement de Bagnoles. Enfin, M. Joubert, et c'est là le point qui nous intéresse le plus, a signalé l'action curative des eaux de Bagnoles dans les *accidents consécutifs à la phlébite*, que celle-ci soit la conséquence des couches chez la femme, ou d'un traumatisme, ou de tout autre cause.

Ussat (Ariège), possède une source thermo-minérale, bicarbonatée calcique. Ses eaux sont employées principalement en bains ; elles ont suivant leur degré de température une action sédative ou excitantes. On les emploie surtout contre certaines affections utérines, contre un état névropathique général, contre le rhumatisme et les *névroses de la peau*.

Enfin *Bagnères-de-Bigorre* avec ses cinquante sources est indiqué dans un grand nombre de maladies. Ses eaux employées surtout sous forme de bains ont une action particulière sur les troubles digestifs, mais leur indication dominante, c'est *l'arthritisme*. Toutes les formes du rhumatisme aigu ou chronique, les névralgies rebelles faciales et sciatiques, les *manifestations cutanées*, eczéma, lichens, acné, psoriasis, sont améliorées par les eaux de Bagnères-de-Bigorre.

Depuis longtemps il est reconnu que les eaux de la source du *Salut* et du *Foulon* ont une action très manifeste sur les plaies, les *ulcères chroniques*, dont elles

amènent rapidement la cicatrisation. D'après cette énumération on peut juger de l'effet de ces eaux sur l'état général et sur l'état local des malades dont les ulcères sont depuis peu cicatrisés.

Le *massage* employé pour la cure des ulcères, selon la méthode de E. Maylard (1891) dont Erdinger a observé les bons résultats (1893) doit manifestement ses propriétés curatives à une action profonde, rien d'étonnant donc à ce que cette action persiste après la cicatrisation superficielle et contribue à l'organisation de la cicatrice profonde. Sans chercher à en découvrir le mécanisme, nous nous contenterons d'en signaler le succès, plusieurs fois constaté par M. Albert Robin.

Par tout ce qui précède nous pouvons nous convaincre que le chirurgien est loin d'être désarmé dans la lutte contre les ulcères variqueux. Il a entre les mains un topique dont nous croyons avoir démontré la valeur en nous appuyant sur des travaux et sur l'opinion d'auteurs dont l'autorité n'est mise en doute par personne. En associant ce topique aux moyens adjuvants précédemment indiqués, il arrive à une guérison rapide que de nouvelles ressources thérapeutiques lui permettent de maintenir durable et définitive, au moins dans la plupart des cas.

Observations.

OBSERVATION I.

Ulcère ancien traité par le chlorure (hypochlorite) de chaux.

Michel KLIMATIS (*Mémoire sur l'emploi du chlorure de chaux dans le traitement des ulcères simples, d'après les observations recueillies à l'hôpital de la Pitié, dans les salles de M. Lisfranc, chirurgien en chef*).

Pinet, Antoine, lamineur, âgé de 69 ans, d'un tempérament sanguin, est entré le 16 juillet 1825 à l'hôpital de la Pitié, affecté d'un ulcère simple qui, s'étendant depuis la partie moyenne de la crête du tibia, jusqu'à un pouce au-dessus de l'articulation tibio-astragalienne, occupait dans une étendue semblable toute la circonférence de la jambe. Cet ulcère était survenu à la suite d'un coup de feu reçu quinze ans auparavant. L'état du malade était tellement mauvais, qu'on désespérait de pouvoir obtenir la guérison sans recourir à l'amputation. On tenta cependant l'emploi du chlorure de chaux : les premiers pansements furent peu favorables. On persista néanmoins, il survint de l'amendement, et enfin, au mois d'octobre, la cicatrisation était complète. Le malade ayant marché, l'ulcère se rouvrit et fournit une assez grande quantité de sang. Soumis à un nouveau traitement, le 20 décembre, la cicatrice fut entière. Ayant eu l'imprudence de marcher encore, l'ulcère prit un aspect bleuâtre et présenta à la partie moyenne des points de couleur rouge-foncé ; au bout de quelque temps, une nouvelle

rupture eut lieu. On employa le chlorure de chaux à 10 degrés : la cicatrisation fut complète au 10 avril 1826, la peau et le tissu de la cicatrice avaient un aspect bleuâtre. M. Lisfranc fit appliquer un bandage roulé sur toute la jambe, et condamna le malade à un repos absolu pendant 40 jours. Le 27 mai il a commencé à marcher. Pendant la première semaine, il ne fit qu'un léger exercice, et, depuis quinze jours il se livre à des travaux très fatigants (il fait l'office d'infirmier) ; il ne s'est fait aucune rupture, tandis qu'au-paravant, dès les premiers jours de sa guérison, l'ulcère reparaissait. La cicatrisation, quoique très étendue, est presque aussi mobile que les autres points de la peau.

OBSERVATION II.

Ulcères chroniques traités par le chlorure (hypochlorite) de chaux.

(J.-B. Ricard. Thèse, Paris, 1826.)

Le 25 avril 1825, Pierre Decoen, âgé de 71 ans, menuisier, est entré à l'hôpital de la Pitié, pour deux ulcères existant depuis dix-neuf mois à la suite d'une contusion ; l'un de l'étendue d'une pièce de deux francs, était situé à trois travers de doigt au-dessus de la malléole externe, l'autre sur l'interne même de la jambe gauche ; leur surface était rouge-pâle. Les cataplasmes émolliens, la charpie enduite de cérat, le vin aromatique avait à peine changé leur état, seulement leur surface d'un rouge pâle était devenue d'un rouge brun. Le 18 juin, on eut recours au chlorure de chaux, le lendemain, la surface ulcérée était vermeille, et quatre jours après, la cicatrisation parfaite.

OBSERVATION III.

**Ulcères anciens traités par le chlorure (hypochlorite)
de chaux.**

(J.-B. Ricard. Thèse, Paris, 1826)

Gérard Fakbert, chapelier, âgé de 35 ans, d'un tempérament lymphatique, ayant habituellement, depuis douze ans, des ulcères aux jambes, est entré le 15 juin, pour deux ulcères ouverts depuis trois semaines au-dessus de la malléole interne ; leur surface, d'un pouce et demi de diamètre, est grisâtre, granuleuse ; les bords sont élevés, taillés à pic. Cataplasme sémoliens. Le 20 juin, application de chlorure de chaux ; deux jours après, couleur vermeille et diminution de six lignes, de la circonférence au centre. Le 28, cicatrisation complète.

OBSERVATION IV.

**Ulcères anciens traités par le chlorure (hypochlorite)
de chaux.**

(J.-B. Ricard. Thèse, Paris, 1826.)

Jean Palais, scieur de long, âgé de 60 ans, d'un tempérament lymphatico-sanguin, porte, depuis longtemps, aux deux jambes des ulcères qui se cicatrisent et se rouvrent tour à tour.

Le 23 mai, jour de son entrée, deux existaient à la jambe droite ; l'un, de l'étendue et de la forme d'une pièce de cinq francs, siégeait au-dessus de la malléole interne ; et l'autre, peu profond, de trois pouces de diamètre en tous sens, à la partie externe du mollet. Leur surface rouge et livide offrait de légères végétations, serrées, peu distinctes ; les téguments voisins étaient violacés.

Les cataplasmes émolliens, puis le vin aromatique, les avaient réduits environ à l'étendue de deux pouces chacun, lorsque, le 18 juin, on employa le chlorure de chaux qui acheva la cicatrisation en deux jours. Mais les élancements assez douloureux que le malade éprouvait aux environs de la malléole, et l'engagement peu intense des téguments de l'articulation tibio-tarsienne persistaient encore ; on continua le chlorure de chaux, et le malade sortit guéri le 22 juin.

OBSERVATION V.

**Ulcère de jambe consécutif à un abcès traité
par le chlorure (hypochlorite) de chaux.**

(J.-B. Ricard. Thèse, Paris 1826.)

Jacques Maurizeau, âgé de 31 ans, d'un tempérament lymphatique et d'une assez bonne constitution, est entré le 22 juin, présentant, à la partie antérieure et postérieure de la jambe gauche, en dehors de la crête du tibia, un ulcère résultant d'un abcès, déterminé par une contusion de la forme et de l'étendue d'une pièce d'un demi-franc, à bords taillés comme par un emporte-pièce, à surface rougeâtre, avec suintement d'un pus jaunâtre, peu consistant, avec décollement des téguments voisins, au moyen duquel cet ulcère communique avec un autre situé à deux pouces au-dessus de lui, et offrant les mêmes caractères. Le 23 juin, on emploie le chlorure de chaux ; le 25, la surface de l'ulcère devenue vermeille, se trouve au niveau de la peau, qui commence à se recoller ; le 29, cicatrisation complète.

OBSERVATION VI.

**Ulcère simple traité par le chlorure (hypochlorite)
de chaux.**

(J.-B. Ricard. Thèse, Paris, 1826.)

Claude Dubois, âgé de 21 ans, chapelier, d'un tempérament lymphatique, est entré le 18 mai 1825, ayant à la jambe gauche un ulcère, de la forme d'une pièce de trois livres, existant depuis six mois à la suite d'une contusion. Le repos et les cataplasmes employés jusqu'au 18 juin, n'avaient dissipé que la douleur et la légère tuméfaction des téguments; la surface de l'ulcère avait passé de l'état rouge-brun à l'état rougeâtre. (Emploi du chlore de chaux.) Le 19, couleur vermeille, le 22 parfaite cicatrisation.

OBSERVATION VII.

**Ulcère de jambe traité par le chlorure (hypochlorite)
de chaux.**

(J.-B. Ricard. Thèse de Paris, 1826.)

Paul Danial, âgé de 41 ans, d'un tempérament lymphatique, fabricant de ressorts, est entré le 10 juin, avec un ulcère à la jambe droite, déterminé sept semaines auparavant par une contusion, situé à la partie inférieure de la crête du tibia; sa largeur est d'un pouce et demi; sa surface, blafarde, fournissant une très petite quantité de matière jaune-roussâtre; gonflement considérable des téguments avec rougeur érysipélateuse. (Repos, cataplasmes émolliens.) Le 18, l'engorgement a disparu; l'ulcère est rougeâtre. (Emploi du chlorure de chaux.) Cicatrisation en 24 heures.

OBSERVATION VIII.

**Ulcères de jambes multiples traités par le chlorure
(hypochlorite) de chaux.**

(J.-B. Ricard. Thèse de Paris, 1826.)

Leboucher, âgé de 52 ans, garçon jardinier, d'un tempérament lymphatique, portant depuis très longtemps des ulcères aux jambes, est entré le 7 juin avec trois ulcères situés au bas du mollet, et en partie au-dehors de la jambe. Ils ont à peu près chacun la largeur de deux pouces en tous sens, et sont assez éloignés les uns des autres ; leur surface est inégale, noirâtre, et d'un rouge très intense, à deux ou trois endroits très petits ; les téguments sont tendus, luisants ; il y a des élancements de temps à autre. (Repos, cataplasmes émolliens.) Quelques escharres se détachent. Le 20 juin, l'engorgement est dissipé, la surface est d'un rouge-brun. Emploi du chlorure de chaux. Le 22, cicatrisation de quatre lignes de la circonférence au centre ; les escharres ne sont pas encore toutes tombées ; les bourgeons deviennent vermeils et saillants, la supuration est presque nulle ; cicatrisation entière le 10 juillet.

OBSERVATION IX.

**Ulcère de jambe consécutif à un abcès froid, traité
par le chlorure (hypochlorite) de chaux.**

(J.-B. Ricard. Thèse de Paris, 1826.)

Pierre Bannier, âgé de 34 ans, serrurier, d'un tempérament lymphatico-sanguin, eut, il y a un an, un abcès froid, situé sur la face interne du tibia. Cet abcès fut ouvert par une incision pra-

liquée sur la crête de cet os. Un ulcère en est résulté : son diamètre égale trois pouces, sa couleur est d'un rouge pâle, et offre des végétations inégales assez distinctes ; les bords sont irréguliers, assez saillants. Entré le 18 à l'hôpital, le 19, pansement avec le vin aromatique. Ce traitement suivi pendant un mois a réduit l'ulcère à un pouce et demi d'étendue. Le 18 juin, chlorure de chaux : cicatrisation de trois quarts de pouce dans l'espace de quatre jours. Guérison complète le 27 juin. Sortie le 30.

OBSERVATION X.

Ulcérations dartreuses douloureuses traitées par le chlorure (hypochlorite) de chaux.

(J.-B. Ricard. Thèse de Paris, 1826.)

Françoise Jacquet, blanchisseuse, âgée de 23 ans, d'un tempérament lymphatique, était affectée à la malléole interne droite, d'une dartre crustacée ; la peau, d'un rouge violet, acquérait une coloration plus intense par une longue marche ; des croûtes devenant par degrés plus dures et plus épaissies, se détachant à mesure qu'elles se desséchaient, recouvraient en cet endroit de légères ulcérations produites par l'accumulation d'un liquide puriforme ; les douleurs étaient vives. Le 21 juin, le chlorure de chaux est employé ; de légers picotements se font sentir après son application. Le 23, disparition des douleurs ; la rougeur persiste ; les écailles sont moins nombreuses, et la suppuration presque nulle. Le 4 juillet, guérison.

OBSERVATION XI.

Ulcères multiples traités par le chlorure (hypochlorite) de chaux, après section de la veine.

(J.-B. Ricard. Thèse de Paris, 1826.)

Jean Simon, âgé de 62 ans, d'un tempérament sanguin, portait depuis vingt ans des ulcères variqueux à la jambe gauche. Bécлар ayant fait la section de la veine, il y a un an, les varices n'ont plus reparu. Entré le 12 mai, il porte sur la malléole interne gauche, un ulcère qui s'est ouvert depuis quinze jours, de la grandeur et de la forme d'une pièce de cinq francs : le fond en est rougeâtre, mou ; les bords en sont minces et souples, les téguments sont très légèrement violacés. On emploie les cataplasmes émolliens pendant trois jours, après lesquels les bourgeons charnus, devenus distincts, sont rouges ; la cicatrisation est complète onze jours après l'emploi du chlorure de chaux.

OBSERVATION XII.

Ulcère de jambe traité par le chlorure (hypochlorite) de chaux.

(J.-B. Ricard. Thèse de Paris, 1826.)

Pierre Parent, âgé de 45 ans, d'un tempérament lymphatique, est entré à l'hôpital de la Pitié le 16 septembre 1823, ayant un ulcère situé à trois travers de doigt, au-dessus de la mollécule interne gauche, consécutif à une contusion. Cet ulcère, existant depuis trois mois, de la grandeur d'une pièce de 1 franc, reposait sur un tissu squirrheux. La cautérisation avec le fer rouge fut pratiquée. Trois

jours après, l'on pansa avec le chlorure de chaux qui fut employé pendant seize jours, au bout desquels la cicatrisation devint complète.

OBSERVATION XIII.

**Ulcère de jambe traité par le chlorure (hypochlorite)
de chaux.**

(J.-B. Ricard. Thèse de Paris, 1826.)

Jean Blanchot, âgé de 22 ans, d'un tempérament sanguin, menuisier, porte depuis deux ans, sur la crête du tibia, un ulcère consécutif à une plaie mal soignée. Cet ulcère, dont l'étendue est de deux pouces et demi en tous sens, est recouvert de végétations rougeâtres, légèrement gonflés ; la suppuration est sanieuse ; il y a des picotements. Le 17 juin, troisième jour de son entrée, l'on emploie le chlorure de chaux : les bourgeons charnus, sous son influence, deviennent encore plus saillants et plus serrés ; on les cautérise de temps à autre avec le nitrate d'argent, et au bout de vingt jours de traitement, on obtient une entière cicatrisation.

OBSERVATION XIV.

Ulcère ancien traité par le chlorure (hypochlorite) de chaux.

(J.-B. Ricard. Thèse de Paris, 1826.)

Joseph Reunier, âgé de 28 ans, d'un tempérament lymphatico-sanguin, menuisier, s'est présenté le 16 juin avec un ulcère durant depuis trois ans, ouvert depuis trois mois, et placé à la face interne de la jambe droite sur le tibia, de la largeur d'une pièce de 5 francs ; sa surface rougeâtre fournit un liquide jaunâtre épais ;

ses bords sont engorgés, mous ; par l'emploi du chlorure de chaux, les bourgeons charnus deviennent trop saillants. On les cautérise avec le nitrate d'argent fondu ; ils prennent une couleur vermeille, et la cicatrisation est obtenue en seize jours.

OBSERVATION XV.

Ulcère de jambe très ancien traité par le chlorure (hypochlorite) de chaux.

(J.-B. Ricard. Thèse de Paris, 1826.)

Etienne Hobinot, âgé de 40 ans, d'un tempérament lymphatico-sanguin, portait à la partie inférieure de la jambe gauche, en dehors de la crête du tibia, un ulcère datant de dix ans, ouvert pour la sixième fois depuis un mois, lorsqu'il entra le 20 juin à l'hôpital. Cet ulcère de deux pouces de diamètre, offrait une surface d'un rouge vif, douloureuse, fournissant du sang au moindre contact ; la suppuration était peu abondante, sanguinolente ; ses bords étaient rouges, engorgés ; ses environs tuméfiés, tendus d'un rouge-brun. Emploi des cataplasmes émolliens ; amélioration considérable ; diminution graduelle de son étendue. Après dix-huit jours de ce traitement assez efficace, on mit en usage le chlorure de chaux ; la surface de l'ulcère offrait alors l'aspect de celle des solutions de continuité en voie de cicatrisation. Ce dernier moyen a procuré la guérison en dix-huit jours.

OBSERVATION XVI.

Ulcère de jambe traité par le chlorure (hypochlorite) de chaux.

(J.-B. Ricard. Thèse de Paris, 1826.)

Brutus Lamaury, âgé de 32 ans, d'une bonne constitution, est

entré à l'hôpital le 17 juillet, ayant à la malléole interne gauche un ulcère datant depuis trois mois, résultant d'une blessure avec contusion, de la grandeur d'une pièce de 6 francs, offrant une surface rougeâtre, fongueuse, molle ; des bords irréguliers, saillants ; les parties environnantes sont livides, gonflées ; la suppuration est séreuse. Après vingt jours de l'emploi du chlorure de chaux, cicatrisation entière.

OBSERVATION XVII.

Ulcère de jambe étendu consécutif à un phlegmon, traité par le chlorure (hypochlorite) de chaux.

(J.-B. Ricard. Thèse de Paris, 1826.)

Marie Caron, âgée de 52 ans, d'une bonne constitution, est entrée à l'hôpital le 17 mai, pour un érysipèle phlegmoneux à la jambe droite et au pied ; un phlegmon gangreneux lui succéda ; en même temps la gastro-entérite qui existait depuis plusieurs jours, devenue alarmante, est combattue avec énergie et un plein succès. Les escharres se sont détachées ; la suppuration, d'abord abondante, fétide, de mauvaise nature, s'est améliorée ; la plaie s'est détergée, et les tendons se trouvaient presque à nu ; la cicatrisation ne paraissait point devoir commencer ; un pus assez abondant mais peu consistant, s'écoulait toujours de la solution de continuité, dont la largeur extrême occupait toute la partie inférieure de la jambe, et une, le dos du pied en partie. On recourut au chlorure de chaux le 20 juin ; aussitôt les chairs devinrent vermeilles, le pus plus consistant et moins abondant ; un tiers de la plaie se cicatrisa du dixième aux douzième jour ; mais à dater du 15 juillet, le trop grand développement des bourgeons charnus rendit leur cautérisation indispensable ; on la fit avec le nitrate d'argent. La cicatrisation se fit avec assez de lenteur jusqu'au 28 juillet, époque où elle parut être encore plus lente. Enfin, en continuant le traitement par le chlorure de chaux, elle a été achevée le 15 août.

OBSERVATION XVIII.

**Ulcère de jambe traité par le chlorure (hypochlorite)
de chaux.**

(J.-B. Ricard. Thèse de Paris, 1826.)

Barbe Courleau, âgé de 35 ans, d'un tempérament sanguin, entré à l'hôpital le 17 juillet, porte depuis trois mois, en haut et en dehors de la jambe droite, un ulcère, suite d'une contusion, allongé de haut en bas, large d'un pouce ; sa surface est légèrement rouge et assez égale. Le 21 juillet, on emploie le chlorure de chaux ; la douleur auparavant assez vive devient presque nulle, et est réduite à quelques élancements. Le 2 août, cicatrisation des trois quarts de la plaie. Le 6, cicatrisation entière.

OBSERVATION XIX.

**Ulcère de jambe traité par le chlorure (hypochlorite)
de chaux.**

(J.-B. Ricard. Thèse de Paris, 1826.)

Adélaïde Brocheton, âgée de 48 ans, d'un tempérament lymphatico-sanguin, blanchisseuse, est entrée à l'hôpital le 10 août, affectée depuis trois semaines d'un ulcère produit par une contusion à la malléole interne gauche ; il est plus grand qu'une pièce de six francs, et s'étend jusque sur le côté interne du tendon d'Achille ; sa surface est d'un rouge pâle, ses bords sont tuméfiés ; la malade éprouve des douleurs piquantes, surtout la nuit. Deux jours après l'emploi du chlorure de chaux, affaissement des bords, dessiccation de l'ulcère, cicatrisation entière au bout de onze jours.

OBSERVATION XX.

Ulcère variqueux traité par l'iodure de potassium à l'intérieur pendant deux ans sans résultat. Traitement par l'eau chlorurée et la greffe épidermique.

(Picard. Thèse de Paris, 1873.)

Mme G..., 22 ans, sans profession, de constitution lymphatique, a eu un enfant à l'âge de 18 ans. A la fin de cette grossesse, il lui survint de l'albuminurie et un anasarque considérable; elle accoucha cependant à terme et guérit sans autre accident que l'éraillure de tous les téguments (ceux de la face exceptés). Après l'accouchement les jambes continuèrent à enfler et furent le siège d'assez vives douleurs lorsque cette dame restait debout quelque temps. Cet état dura dix-huit mois. A cette époque Mme G... reçut à la partie antérieure de la jambe droite un coup qui détermina une légère ulcération que le médecin du pays traita par différents onguents. Au bout de trois mois la plaie avait pris les dimensions d'une pièce de 2 francs. La malade effrayée vint à Paris consulter M. Nélaton, qui la vit plusieurs fois et lui ordonna l'iodure de potassium à l'intérieur, à la dose de 1 gramme par jour. De plus, elle devait faire chaque jour une promenade de une ou deux heures de durée. Pendant deux ans, la malade absorba des quantités énormes d'iodure de potassium, sans en ressentir grande amélioration. La plaie s'agrandissait très peu, mais enfin elle s'agrandissait. Pendant la guerre, la malade resta à Paris et garda presque constamment le repos. Sa plaie diminua considérablement. Après la Commune, elle retourna dans son pays, continua l'iodure de potassium et voulut reprendre ses occupations. L'ulcère s'agrandit de nouveau. Le médecin du pays crut bien faire en éteignant sur l'ulcère un charbon ardent. Il voulait sans doute par là modifier la vitalité des tissus. Tout ce qu'il gagna ce fut, lorsque l'escharre tomba, d'obtenir un ulcère dont les dimensions dépassaient celles

d'une pièce de 5 francs. Puis, ne sachant que faire, il abandonna pendant deux mois la malade à elle-même. Lorsque je vis la malade, je ne constatai sur les jambes aucune trace de varices superficielles. J'attribuai cette absence de phlébectasie aux vergetures des téguments, car les douleurs dans la station debout et l'œdème des jambes revenant surtout chaque soir, me faisaient fortement soupçonner la présence de varices profondes. Je ne pouvais pas croire à une ulcération syphilitique ; si j'avais pu avoir quelque hésitation, l'inefficacité de l'iodure de potassium employé sans succès depuis deux ans aurait pu me tirer d'embarras. Je diagnostiquai un ulcère variqueux et j'instituai le traitement par l'eau chlorurée. La malade restait au lit continuellement, la jambe légèrement élevée par un coussin. Après huit jours de ce traitement, la plaie était devenue rosée et vermeille, mais il ne s'était guère fait à la périphérie qu'une cicatrisation de 1 millimètre. L'épiderme, en effet, aussi bien sur la jambe malade que sur le reste du corps, était extrêmement mince, et la peau, à cause de ses éraillures, paraissait avoir perdu une partie de sa vitalité. Comme la plaie avait très bon aspect, je voulus tenter la greffe épidermique, mais n'ayant qu'une mince confiance à la qualité de l'épiderme de la dame G..., j'empruntai à son mari quatre petits lambeaux épidermiques que je lui pris sur le bras. Ces quatre lambeaux ne tardèrent pas à proliférer, et quinze jours après cet ulcère dont le début remontait à deux ans et demi, était complètement cicatrisé.

Depuis cette époque j'ai revu souvent Mme G..., je lui ai conseillé de porter des bas élastiques bien faits, et cette femme qui ne pouvait rester cinq minutes debout sans éprouver des douleurs et une fatigue extrême, marche et vaque à ses occupations sans ressentir la moindre gêne. A la place de l'ulcère, on peut encore aujourd'hui distinguer les greffes épidermiques.

(Observation recueillie par M. Menu, interne des hôpitaux.)

OBSERVATION XXI

Ulcère datant de dix-huit mois. — Callosités, douleurs vives; guérison en trente-neuf jours.

(*Union méd.*, 1861, Hervieux.)

M^{me} X..., sexagénaire, demande les soins de M. Hervieux, le 27 novembre 1850, pour un ulcère datant de dix-huit mois, situé à la partie antérieure, inférieure et un peu externe de la jambe droite; longueur 12 centimètres, largeur 7 centimètres et demi; mauvais aspect, terne, grisâtre, violacé. Bords calleux, taillés à pic, d'une épaisseur et d'une élévation telles qu'ils débordent de plus d'un centimètre le niveau de la plaie. Les téguments circonvoisins sont d'un rouge violacé qui fait pressentir une disposition manifeste de l'ulcère à s'agrandir en tous sens; ils sont constamment le siège d'une exhalation séreuse qui, en se concrétant, donne lieu à des croûtes épaisses, de telle sorte que sur la jambe malade, tout ce qui n'est pas plaie, est croûte. OEdème monstrueux des deux membres inférieurs, tel qu'on ait pu avec instance rattacher ce cas à l'éléphantiasis des Arabes.

Ulcère non indolent, donnant lieu à des souffrances qui ne laissent aucun repos à la malade et s'exhalent principalement la nuit; impuissance des sédatifs administrés à l'intérieur ou localement.

Traitements employés au début. — Pansements simples; traitement Baynton. Cataplasmes, pommades. Poudre d'amidon, de riz, etc. Aucun de ces moyens n'a produit d'amélioration; les cataplasmes et la compression avec les bandelettes ont aggravé le mal.

Traitement institué par M. Hervieux :

Decubitus horizontal; application d'une éponge imbibée d'eau chlorurée au 18°.

3 décembre. Sur la demande de la malade on a remplacé l'éponge par la charpie. OEdème considérablement diminué; bords affaissés, auréole inflammatoire en partie dissipée, plaie vermeille, peu de suppuration.

Le 12. Amélioration continue; aspect rutilant de la plaie; suppuration presque nulle; formation manifeste d'un liseré cicatriciel. Douleurs moindres.

Le 22. Plaie diminuée d'un tiers, surface fraîche, d'un rouge vif, sans fétidité ni suppuration; bords de niveau avec le centre de l'ulcère et en voie de cicatrisation; les croûtes et les squames qui couvraient la peau circonvoisine, sont prêts à tomber. On n'a rien fait pour les enlever, en raison de l'extrême sensibilité cutanée de la malade.

5 janvier. Nouvelle réduction de la plaie qui est toujours belle. Cessation complète des douleurs.

10 février. La plaie est complètement fermée. Cicatrice unie, lisse, sans brides ni nodosités; sa coloration rougeâtre la distingue seule de la peau environnante.

OBSERVATION XXII

Ulcère variqueux, gangréneux; guérison en quarante jours.

(C. Boutier. Thèse de Paris, 1872.)

Guéniot, Louis, 23 ans, garçon marchand de vins, entre à l'hôpital Saint-Louis, le 17 août, salle Saint-Augustin, n° 8. Constitution très faible, teint pâle, anémique; il eût il y a trois ans, un ulcère à la jambe gauche, à la suite de petits boutons qu'il avait écorchés; cet ulcère, superficiel; peu étendu, avait été traité par des applications de diachylum et la guérison n'était venue qu'au bout d'un an, le malade continuant de marcher.

Le 2 août. Un coup reçu sur la jambe rompit la cicatrice. l'ulcère reparut et alla toujours s'agrandissant, malgré des applications renouvelées d'eau froide.

État des parties. — OEdème des deux jambes, plus considérable à gauche; les veines superficielles n'offrent pas de dilatation apparente; signes de varices profondes: démangeaisons fréquentes,

douleurs gravatives profondes dans les deux jambes, surtout dans la gauche, disparaissant la nuit par le decubitus. Ulcère à la face interne de la jambe gauche, au tiers inférieur, irrégulièrement elliptique, long de 7 centimètres, large de 4 centimètres; bords minces, découpés, livides; fond superficiel, sale; recouvert de détritux pulpeux noirâtres (ulcère gangréneux); pourtour de couleur ardoisée dans un rayon d'environ 4 centimètres; démangeaisons vives. L'ulcère répand une odeur infecte dont les voisins se plaignent; il est le siège de douleurs aiguës qui tourmentent le malade.

Traitement. — Decubitus, lotions chlorurées, renouvelées toutes les heures.

18 août. Plus de mauvaise odeur; l'œdème s'est dissipé presque entièrement; il reste encore un léger empâtement au niveau des malléoles. L'ulcère est en partie détergé, il présente sur le milieu de la surface une escharre noire, circulaire adhérente; les bords sont d'un rouge moins livide. Douleurs très affaiblies.

Le 22. L'ulcère complètement détergé est recouvert de bourgeons charnus consistants, d'un rouge vif; suppuration peu abondante; la zone ardoisée du pourtour est d'un rouge foncé; les démangeaisons subsistent encore, mais moins vives; douleurs disparues. Aucune mauvaise odeur.

Le 27. Aspect rutilant de la plaie; plus de suppuration; liseré cicatriciel sur les bords, d'environ un centimètre; les démangeaisons ont cessé.

2 septembre. Amélioration continue; partie inférieure de l'ulcère recouverte d'une pellicule cicatricielle, blanchâtre et molle, large de 2 centimètres.

Le 10. La plaie est considérablement diminuée par les progrès de la cicatrice qui est mince et molle; bourgeons petits et vermeils formant une surface régulière, de niveau avec les parties voisines. Absence de fétidité, de suppuration et de douleur.

Le 20. Cicatrice plus ferme; la plaie est réduite à une surface circulaire d'environ 2 centimètres de diamètre; la coloration rouge brun du pourtour s'est affaiblie.

2 octobre. Exeat. Guérison. Cicatrice régulière et unie, de niveau avec la peau voisine, qui conserve encore une coloration brune.

OBSERVATION XXIII

**Ulcères variqueux; inflammation; douleurs vives;
guérison en trente-quatre jours.**

(C. Boutier. Thèse de Paris, 1872.)

Mouchet, Théophile, 36 ans, marchand des quatre saisons, entré à l'hôpital Saint-Louis, le 17 août 1871, salle Saint-Augustin, n° 4. Constitution robuste.

Il y a trois mois, il lui vint à la jambe gauche deux petits boutons, qu'il attribue au frottement d'un bas élastique mal fait; deux ulcères s'établirent, et depuis, le malade continuant son métier, ils allèrent toujours s'agrandissant; comme traitement, le malade les pansait avec de la poudre de calomel et des bandelettes de diachylum, recouvertes par un bandage compressif, allant depuis le pied jusqu'au genou.

Etat des parties. — Varices superficielles, très apparentes aux deux membres; œdème peu considérable.

Deux ulcères circulaires à la partie inférieure et interne de la jambe gauche, l'un supérieur d'un diamètre de 5 centimètres et demi, l'autre inférieur de 3 centimètres, situé immédiatement au-dessus du premier; il en est séparé par un pont cutané d'un centimètre au plus, et dont l'aspect ramolli, blanchâtre, aminci, fait présager une destruction prochaine.

Ces deux ulcères présentent les mêmes caractères. Les bords minces, taillés à pic, d'un rouge foncé; le fond superficiel, presque de niveau avec les bords, est recouvert de bourgeons charnus, livides, fongueux, volumineux, saignant au moindre attouchement; la suppuration est sanieuse et fétide. La peau qui circonscrit les deux ulcères est rouge, enflammée et amincie, comme vernissée et douloureuse au toucher, dans un rayon d'environ 4 centimètres.

Les ulcères sont le siège d'élançements douloureux, s'exaspérant la nuit et empêchant le sommeil.

Traitement. — Decubitus horizontal. Eau chorurée en applications renouvelées toutes les deux heures.

18 août. Avant même d'être interrogé, le malade témoigne son contentement d'avoir dormi, grâce à la disparition complète des douleurs qui troublaient son sommeil depuis deux mois.

Plus de mauvaise odeur; les bourgeons charnus ont changé d'aspect; ils sont plus fermes, d'un rouge vif; la suppuration peu abondante et épaisse.

Le 21. Aspect vermeil de la plaie; absence de douleur; la rougeur érysipélateuse du pourtour s'est dissipée.

Le 29. Ulcère supérieur: couche granuleuse unie; ulcère inférieur: légère exubérance de granulations; liseré cicatriciel à la circonférence des deux ulcères; le pont cutané qui les séparait s'est élargi.

4 septembre. Greffes épidermiques: trois sur l'ulcère supérieur, deux sur l'ulcère inférieur.

Le 7. Les greffes ont toutes réussi; on réapplique des bandelettes sur l'ulcère inférieur, dont la surface dépasse le niveau des bords.

Le 15. L'ulcère inférieur est guéri; cicatrice blanche et ferme, légèrement saillante. A l'ulcère supérieur, réunion de deux îlots confondus entre eux à la cicatrice marginale; plaie réduite aux deux tiers.

Le 20. Exeat. Cicatrisation complète de l'ulcère supérieur; cicatrice unie, solide, de niveau avec la peau voisine.

OBSERVATION XXIV

Ulcère variqueux datant de huit ans. — Callosités; nécrose superficielle du tibia; guérison en trente-cinq jours.

(C. Boutier. Thèse de Paris, 1872.)

Remy (Jean-François), 52 ans, charretier, entre à l'hôpital Saint-Louis, le 6 juillet 1874, salle Saint-Augustin, n° 2.

Constitution robuste. Fut soigné, il y a dix ans, à l'hôpital Beau-

jon pour un ulcère superficiel, peu étendu de la jambe gauche, survenu à la suite d'une pustule d'ecthyma; guéri en six semaines par le traitement de Baynton. Deux ans après, la cicatrice fut rompue par un coup, l'ulcère reparut et depuis s'est agrandi en surface et en profondeur; le malade a continué d'exercer sa profession.

Etat des parties le jour de l'entrée. — Varices aux deux membres inférieurs, très développées surtout à la gauche. Ulcère de forme elliptique, hauteur 12 centimètres, large de 9 centimètres, occupant la partie inféro-interne de la jambe gauche. Fond très excavé allant jusqu'au tibia, qui est dénudé sur une longueur de 2 centimètres, à la partie externe; dur, peu sensible au toucher, il présente une surface d'un rouge pâle, sale, avec de rares bourgeons charnus volumineux et molasses, laissant suinter un pus séreux et fétide. Bords calleux, en talus, dont l'épaisseur considérable exagère encore la profondeur de l'ulcère. Les callosités s'étendent bien au delà de la circonférence de l'ulcère; en bas, la région dorsale du pied est envahie; en haut l'induration s'étend à un rayon de quatre travers de doigt. Le volume du membre est augmenté dans les deux tiers inférieurs, surtout au niveau du cou-de-pied. Coloration noire diffuse des téguments qui sont épaissis, comme chagrinés, rigides, adhérent intimement aux tissus sous-jacents et presque insensibles.

L'ulcère est complètement indolent.

Traitement. — Decubitus horizontal. Application d'eau chlorurée renouvelées toutes les heures.

8 juillet. Fétidité disparue; l'ulcère est en partie détergé; le fond offre un aspect rouge uniforme; bourgeons nombreux, confluent; bourgeons fongueux au niveau de la partie dénudée du tibia. Suppuration plus épaisse, mais assez abondante.

Les jours suivants, plusieurs esquilles détachées du tibia sont entraînées par la suppuration, la couche granuleuse s'égale, la suppuration diminue de plus en plus.

1^{er} août. La plaie a un aspect vermeil; suppuration presque nulle. Bourgeons charnus, petits et vigoureux formant une couche unie et régulière à la partie interne de l'ulcère un peu inégale à la partie externe; liseré cicatriciel d'un centimètre. Les bords ont diminué

d'épaisseur; leur coloration et celle du pourtour dans un rayon de 4 centimètres est moins foncée; la peau est moins rigide; la circulation capillaire rétablie et active; le doigt appliqué sur la peau laisse une empreinte blanche, à laquelle succède la coloration normale.

Transplantation sur la plaie de six lambeaux épidermiques de 3 à 4 millimètres, détachés à la partie interne de la cuisse droite du malade; les greffes sont maintenues par une application de bandelettes.

Le 3. Enlèvement des bandelettes; adhérence de quatre greffes; deux lambeaux qui avaient été déposés sur la partie externe et inégale de l'ulcère n'ont point pris et sont entraînés avec les bandelettes.

Le 15. Ilots épidermiques assez régulièrement circulaires, d'environ 1 centimètre et demi de diamètre.

Le 18. Les ilots se sont agrandis; deux se sont confondus à la partie interne. Quatre greffes nouvelles sont faites dans la moitié externe de la plaie.

Le 20. Trois greffes ont réussi. Cicatrice marginale, large de 3 centimètres en dedans et en haut, de 2 centimètres seulement en dehors au niveau de la crête tibiale; on remarque sur cette cicatrice des croûtes jaunâtres, sèches, formées de pus et de cellules épidermiques, qu'on détache facilement de la spatule.

Le 27. A la partie interne, trois ilots réunis forment une plaque épaisse de forme irrégulièrement triangulaire, d'un blanc opaque, reliée en haut au liseré cicatriciel par deux bandes étroites d'épiderme.

4 septembre. La plaque cicatricielle, résultat de l'amas de trois ilots est complètement confondue avec la cicatrice marginale; un îlot s'est joint à cette cicatrice à la partie inférieure: deux ilots se sont réunis au centre de la plaie. La cicatrice marginale est large de 4 centimètres en haut; la plaie est réduite à une surface irrégulière de 6 centimètres de long sur 5 de large, à moitié recouverte par les ilots cicatriciels.

Transplantation de deux lambeaux pris sur un individu, à la partie externe de l'ulcère.

Le 6. Adhérence des deux greffes.

Le 15. Toute la partie interne de l'ulcère est recouverte; au dehors deux ilots confondus sont réunis à la cicatrice marginale; il ne reste plus qu'un seul îlot isolé au milieu de la plaie qui se trouve réduite à une surface de très petite étendue.

Le 29. Exeat. Cicatrice légèrement déprimée par suite de la résolution incomplète des callosités des bords, et recouverte de quelques croûtes épidermiques qu'on enlève; épaisse et ferme, elle ne présente ni saillies, ni brides et est partout régulière et unie. La peau qui l'entoure a perdu sa coloration noire, elle est souple et sensible dans un rayon de trois travers de doigt, au delà les téguments sont le siège d'une pigmentation encore intense.

OBSERVATION XXV

Ulcère étendu et ancien traité par l'eau chlorurée.

(C. Boutier. Thèse de Paris, 1872.)

Gorzus (Claude), 56 ans, menuisier, entre à l'hôpital Saint-Louis, le 22 août, salle Sainte-Marthe, n° 16. Il y a quatre ans, brûlure à la jambe droite; ulcère consécutif, qui s'est depuis toujours agrandi, le malade continuant d'exercer sa profession.

Etat actuel. Constitution très affaiblie; varices superficielles des deux membres inférieurs; œdème peu considérable. Jambe gauche: coloration brune des téguments formant une zone irrégulière qui s'étend des malléoles à la hauteur du mollet. Jambe droite: *vaste ulcère* de forme irrégulièrement quadrilatère situé au tiers inférieur, formant comme les deux tiers d'un anneau interrompu en arrière; mensuration: 12 centimètres de haut en bas, 13 centimètres en largeur, 16 centimètres en diagonale de l'extrémité supérieure et externe à l'extrémité inférieure et interne. A la partie supérieure et externe du premier, un second ulcère circulaire de 3 centimètres de diamètre; ces deux ulcères sont séparés par une bande cutanée

large de 1 centimètre, amincie, livide, disposée à céder rapidement aux progrès de l'ulcération.

Bords sinueux, calleux, en talus, s'élevant d'environ 1 centimètre au-dessus du niveau de la plaie. *Fond* grisâtre et sale, à peu près lisse en certains points et présentant sur d'autres des bourgeons volumineux et flasques, d'un rose pâle. *Suppuration* abondante, séreuse, fétide. *Pourtour* induré comme les bords dans un rayon de trois à quatre travers de doigt, téguments épaissis, lisses, adhèrent aux tissus sous-jacents, présentant une coloration brune foncée; disposée par plaques diffuses irrégulières. Volume du membre notablement augmenté dans tout le tiers inférieur.

L'ulcère est indolent.

Traitement. — Decubitus permanent, eau chlorurée.

25 août. L'ulcère est détergé; plus de fétidité; surface rouge couverte de boutons charnus.

4 septembre. Les bords sont affaissés et moins épais; ils sont cernés par un liseré cicatriciel d'un centimètre. Plaie vive, granulations vermeilles, confluentes, petites et fermes, excepté au centre de l'ulcère qui présente des bourgeons volumineux, inégaux; suppuration considérablement diminuée.

8 septembre. Le petit ulcère de la partie interne est cicatrisé. Plaie toujours vive, présentant en son milieu une surface légèrement inégale, recouverte de granulations plus grosses et moins vigoureuses. Transplantation de onze lambeaux épidermiques, d'environ 4 millimètres carrés, détachés de la face interne de la cuisse gauche; les greffes sont maintenues par des bandelettes de diachylum.

9 septembre. Enlèvement des bandelettes; les onze lambeaux ont contracté adhérence.

Les jours suivants, les greffes se sont plus ou moins desquainées, un certain nombre se desquamèrent complètement et disparurent laissant à leur place une tache rouge qui se transforma peu à peu en épiderme d'un blanc bleuâtre.

Trois greffes, placées au centre de la plaie, furent détruites au bout de quelques jours; les autres se développèrent d'autant plus rapidement qu'elles étaient plus près des bords; les ilots s'allongèrent

vers la cicatrice marginale avec laquelle ils finirent par se confondre.

24 septembre. Plaie considérablement réduite; six nouveaux lambeaux sont transplantés sur le milieu de la surface granuleuse. Quatre de ces greffes réussissent; l'accroissement des flots fut très lent.

Le 18 novembre. Exeat. L'ulcère est guéri. Cicatrice régulière et unie, de niveau avec les parties voisines, présentant un aspect blanc bleuâtre, mais pourtant fort solide. La coloration brune des téguments circonvoisins est presque complètement effacé; en même temps ils sont beaucoup moins indurés.

OBSERVATION XXVI (*Personnelle*).

Ulcère variqueux compliqué d'eczéma, traité par la liqueur de Labarraque.

Auguste C..., âgé de 47 ans, journalier, entre le 9 juin à la Pitié, salle Serres, n° 15, pour un ulcère de jambe.

Son père est mort à 70 ans de sénilité, sa mère à 60 ans, paralysée. Il n'a eu aucune maladie dans l'enfance. En 1892, il a eu un phlegmon de l'aine qui a suppuré pendant six mois. Pas de syphilis, pas d'alcoolisme.

En 1894, apparaît sur la jambe gauche une poussée d'eczéma variqueux, au niveau de la malléole interne. Cet eczéma s'est régulièrement étendu en remontant à la face interne de la jambe. Vers le 1^{er} juin 1897, apparaît l'ulcère sur la jambe gauche au niveau de la malléole interne. En même temps apparaît à la jambe droite une plaque d'eczéma au-dessous de la malléole interne. Dès le début, la jambe gauche a été douloureuse à la pression dans le voisinage de l'ulcère. La fatigue éveillait de la douleur, sous forme d'élançements. Le malade se plaint également de démangeaisons.

Etat actuel. — 10 juin. L'état général du malade est excellent. Il ne présente comme trouble fonctionnel qu'une légère diminution

de l'acuité auditive du côté gauche. Ni sucre ni albumine dans les urines.

Aux deux jambes, on constate la présence de varices peu développées. L'ulcère situé au-dessus de la malléole interne gauche présente un diamètre de 16 millimètres.

La perte de substance est très peu accentuée en profondeur; elle est recouverte d'un enduit brunâtre. La surface eczémateuse qui l'entoure a environ 13 centimètres de longueur sur 10 de large.

Traitement. — 10 juin. L'eczéma est recouvert à l'aide d'un pinceau de baume du Commandeur, et toute la partie inférieure de la jambe enveloppée par le pansement humide à la liqueur de Labarraque.

11 juin. L'ulcère est détergé et présente un fond rouge uniforme; les démangeaisons ont complètement disparu.

14 juin. L'ulcère ne présente plus que deux petites surfaces de 2 à 3 millimètres non recouvertes d'épiderme. L'eczéma a presque entièrement disparu, sauf quelques croûtes à 8 centimètres au-dessus de l'ulcère. Toute la région environnante est encore douloureuse à la pression, et le malade ressent encore des élancements.

16 juin. L'ulcère est entièrement cicatricé, mais la région reste toujours douloureuse à la pression, quelquefois même spontanément (élancements). Il subsiste encore quelques croûtes d'eczéma.

L'eczéma de la jambe droite, qui a reçu des applications de baume du Commandeur, est remplacé par une plaque rouge violacée, marbrée de gris, lisse et sans érosions.

23 juin. L'eczéma a entièrement disparu à la jambe gauche. Il est remplacé par trois plaques pigmentées en brun; la peau est lisse, mais la région reste toujours sensible à la pression. Le malade qui a été maintenu en repos pendant toute la durée du traitement, y reste encore quelques jours.

OBSERVATION XXVII (*Personnelle*).

Ulcère variqueux récidivant traité par la liqueur de Labarraque.

Augustin R..., âgé de 56 ans, menuisier, entre le 12 juin 1897 la Pitié, salle Serres, n° 16, pour un ulcère de jambe.

Son père est mort rhumatisant à 60 ans; sa mère est morte suite de couches à 40 ans. Parmi ses frères et sœurs, plusieurs sont sujets au rhumatisme.

Dans ses antécédents personnels, on relève une rougeole dans l'enfance, une blennorrhagie à 21 ans et dans la même année une pneumonie. A 28 ans, il a une deuxième blennorrhagie et une première attaque de rhumatisme articulaire. En 1893, il a un érysipèle de la face et, en 1894, une nouvelle attaque de rhumatisme articulaire en même temps qu'il éprouve quelques accès d'asthme.

En 1894, apparaît pour la première fois un ulcère de la jambe gauche au-dessus de la malléole interne. Cet ulcère ne cesse de s'accroître jusqu'en décembre 1895, où le malade entre à l'hôpital Necker d'où il sort guéri après un mois de séjour. Au milieu de l'année 1896, à la suite d'une contusion de la face interne de la jambe, l'ulcère reparait. Le malade se soigne d'abord chez lui par des lavages à l'eau boriquée, mais le diamètre de l'ulcère ne cesse de s'accroître; il entre à la Pitié, où il fait successivement deux séjours de quinze jours à trois semaines, à la suite desquels il sort amélioré, mais non guéri, par des lavages à l'eau boriquée et des applications d'iodoforme. L'ulcère a toujours été indolent, mais la région environnante est le siège de démangeaisons.

Etat actuel. — 12 juin. Le malade souffre actuellement de quelques douleurs rhumatismales peu intenses, et se plaint de névralgie faciale. Il présente quelques légers signes d'alcoolisme. Ses urines ne contiennent ni sucre ni albumine.

A la face interne de la jambe gauche, à l'union du tiers inférieur

avec les deux tiers supérieurs, se trouve un ulcère de forme elliptique, mesurant 40 millimètres dans son plus grand diamètre et 30 millimètres dans son plus petit diamètre. Les bords sont réguliers, peu saillants; la perte de substance est peu accentuée; le fond est grisâtre. Autour de l'ulcère, la peau, dans un rayon de 5 à 7 centimètres, est rouge violacée, fendillée. Le pied est œdématié. On trouve sur les deux membres inférieurs des varices superficielles et des veinosités peu accentuées, mais le malade présente tous les signes témoignant de l'existence de varices profondes.

Les pansements humides à la liqueur de Labarraque sont institués dès le premier jour.

16 juin. Le fond de l'ulcère est uniformément rouge et ne présente pas d'écoulement. Un liseré rouge régulier, non interrompu, marque la limite de l'épidermisation qui gagne vers le centre. Une nouvelle mensuration donne : $35^{\text{mm}} \times 23^{\text{mm}}$. L'œdème du pied a presque entièrement disparu. Quelques élancements persistent encore.

18 juin. Mensuration : $33^{\text{mm}} \times 23^{\text{mm}}$.

21 juin. Les bords de l'ulcère présentent deux zones, l'une blanche à la périphérie, l'autre rose à l'intérieur. Les bords sont très réguliers et non saillants. Le fond est vermeil et couvert de bourgeons dans toute son étendue. Mensuration : $30^{\text{mm}} \times 19^{\text{mm}}$.

23 juin. Mêmes caractères. La marche de l'épidermisation s'est un peu ralentie, comme le prouve une nouvelle mensuration : $27^{\text{mm}} \times 18^{\text{mm}}$.

27 juin. Des bourgeons charnus très saillants ont apparu. En certains points, l'épidermisation a gagné plus rapidement, ce qui donne aux bords un aspect irrégulier, particulièrement sur le bord antérieur de l'ulcération. Mensuration : $23^{\text{mm}} \times 16^{\text{mm}}$.

Les jours suivants, l'ulcère présente les mêmes caractères et les mensurations successives donnent :

28 juin. $19^{\text{mm}} \times 11^{\text{mm}}$.

30 juin. $16^{\text{mm}} \times 9^{\text{mm}}$.

1^{er} juillet. $14^{\text{mm}} \times 8^{\text{mm}}$.

2 juillet. $13^{\text{mm}} \times 6^{\text{mm}}$.

4 juillet. La plaie est entièrement cicatrisée.

La cicatrice est ferme et mobile. Pour la consolider, on fait une application de bandelettes de sparadrap sur toute la région.

Durée totale du traitement : 22 jours.

OBSERVATION XXVIII (*Personnelle*).

Ulcères variqueux multiples datant de douze ans traités par la liqueur de Labarraque.

Marie G..., âgée de 63 ans, blanchisseuse, entre le 12 juin à la Pitié, salle Vallex, n° 13, pour ulcères de jambe.

Son père est mort à 70 ans asthmatique, sa mère est morte à 70 ans de sénilité; elle a sept frères et sœurs bien portants.

Dans ses antécédents personnels, on ne relève aucune maladie antérieure. Elle a été réglée à 12 ans, mariée à 22 ans, a eu 18 enfants, le dernier à 44 ans. Elle n'a jamais eu de varices pendant ses grossesses, qui n'ont d'ailleurs jamais rien présenté d'anormal.

En 1885, a débuté un ulcère au-dessus de la malléole externe de la jambe droite. Cet ulcère, soigné dès le début par l'application de compresses boriquées, s'est constamment étendu en haut et en avant, mais ce n'est que depuis 1894 qu'il a rapidement progressé, en même temps que de nouveaux ulcères apparaissaient en plusieurs points de la face interne de la même jambe.

La malade entre à la Pitié le 20 avril 1897, elle y séjourne dix-huit jours, traitée par des lavages à l'eau boriquée et l'application de teinture d'iode. Elle rentre chez elle améliorée, mais non guérie.

Mal soignée chez elle, son ulcère s'aggrave, et elle est admise le 11 juin dans le service de M. Albert Robin.

Etat actuel. — 12 juin. L'état général de Marie G... est toujours excellent et elle ne présente aucune lésion organique. Ni sucre, ni albumine dans les urines.

Sur toute l'extrémité inférieure de la jambe droite jusqu'à la ra-

cine des orteils, les téguments sont rouges, lisses, tendus, glabres, brillants. Sur cette surface se détachent deux grands ulcères, entourés de quelques autres de petit diamètre.

Le premier en date qui est aussi le plus étendu, situé à 5 centimètres au-dessus de la malléole externe, a la forme d'une raquette de 95 millimètres de longueur sur 70 millimètres de largeur, dont l'extrémité étroite est dirigée vers le cinquième orteil. Les bords sont assez irréguliers, anfractueux, taillés à pic; le fond est saignant, grisâtre, mais de surface assez égale.

A 4 centimètres au-dessus de la malléole interne se présente le second ulcère, de forme ovalaire, à bords irréguliers, présentant les mêmes caractères que le premier. Il mesure 60 millimètres sur 45 millimètres.

Deux autres petits ulcères de 12^{mm} à 15^{mm} de diamètre se trouvent au-dessus et en avant du précédent. La perte de substance est tout à fait superficielle; leur fond est rouge. Dans le voisinage, on remarque encore trois ou quatre très petites ulcérations disséminées.

Ces ulcères ont toujours été complètement indolents. Les deux jambes présentent des veinosités disséminées par îlots.

Le 12 juin, est institué le pansement humide à la liqueur de Labarraque.

14 juin. Les bords des ulcères sont plus nets, un liseré rouge carminé les limite à l'intérieur. Le fond est uniformément rouge, l'écoulement sanieux a presque disparu. Il n'y a plus de mauvaise odeur. La peau de la région environnante est moins rouge, mate et détendue.

16 juin. L'ulcère de la face externe présente les caractères suivants : les bords sont affaissés en haut et ne présentent plus de bourrelet; en bas dans la partie anfractueuse le bourrelet rose à la périphérie, rouge à l'intérieur, est encore très saillant, mais l'épidermisation paraît gagner plus rapidement de ce côté.

L'ulcère de la face interne présente un fond rouge, ses bords ne sont pas saillants; à l'intérieur, le liseré rouge est incomplet.

Mensuration : 0^m092 X 0^m057 pour le premier.

— 0^m054 X 0^m037 pour le second.

Le 15 et le 16, les compresses du pansement ont été tachées de sang. Cet écoulement, au dire de la malade, revient tous les mois et dure trois jours.

17 juin. Pas de modifications appréciables.

18 juin. Des petites ulcérations, une seule subsiste ($8^{\text{mm}} \times 6^{\text{mm}}$). Amélioration de la surface bourgeonnante.

Mensuration : $0^{\text{m}}092 \times 0^{\text{m}}056$.

— $0^{\text{m}}053 \times 0^{\text{m}}035$.

21 juin. A la partie inférieure de l'ulcère de la face externe, les bords sont moins saillants, le prolongement en manche de raquette a beaucoup diminué de largeur. Des bourgeons nombreux apparaissent sur le fond uniformément rouge, sous forme d'îlots.

Le liseré rouge de l'ulcère de la face interne en fait le tour complet. Même aspect du fond que pour le précédent.

Mensuration : $0^{\text{m}}090 \times 0^{\text{m}}055$.

— $0^{\text{m}}050 \times 0^{\text{m}}032$.

23 juin. La peau de la région voisine des ulcères a repris presque complètement son aspect normal. Le prolongement inférieur de l'ulcère de la face externe présente l'aspect d'une bande étroite de $0^{\text{m}}045$ de long sur $0,013 - 0,007$ de large. En la comprenant encore dans la longueur totale, une nouvelle mensuration donne $0^{\text{m}}085 \times 0^{\text{m}}056$.

L'autre ulcère mesure : $0^{\text{m}}042 \times 0^{\text{m}}024$.

25 juin. Le dernier des petits ulcères isolés est entièrement cicatrisé. Mêmes caractères des grands ulcères, l'amélioration marche régulièrement.

Mensuration : $0^{\text{m}}083 \times 0^{\text{m}}054$.

— $0^{\text{m}}034 \times 0^{\text{m}}021$.

28 juin. Application sur l'ulcère de la face externe de bandelettes de diachylum imbriquées. L'autre ulcère est pansé comme précédemment à la liqueur de Labarraque.

Mensuration : $0^{\text{m}}063 \times 0^{\text{m}}048$.

— $0^{\text{m}}030 \times 0^{\text{m}}019$.

29 juin. Suppuration abondante sous les bandelettes. Nouvelle application.

30 juin. Les bandelettes sont laissées en place.

Mensuration de l'ulcère de la face interne : $0^m025 \times 0^m016$.

2 juillet. Suppuration moins abondante, qui exige cependant le renouvellement des bandelettes. Le pus est grisâtre, assez fluide. Le fond de l'ulcère est rouge, lisse, les bords plats présentant vers le centre une zone rosée de 2 millimètres, entourée d'une zone blanche de mêmes dimensions.

Mensuration : $0^m062 \times 0^m046$.

— $0^m021 \times 0^m012$.

3 juillet. La suppuration quoique modérée a amené le décollement des bandelettes. Elles sont enlevées : les bords de la plaie sont blancs et effacés, le fond est rouge pâle et uni. L'autre ulcère est resté rouge et bourgeonnant.

Mensuration : $0^m040 \times 0^m044$.

— $0^m018 \times 0^m011$.

Cette diminution considérable d'un des diamètres de l'ulcère de la face externe est due à la cicatrisation du prolongement étroit de la partie inférieure, qui avait toujours été compris dans la mensuration du grand diamètre. Le diamètre transversal devient de ce fait le plus considérable.

L'ulcère de la face interne soumis à l'action de la liqueur de Labarraque paraissant marcher plus rapidement vers la guérison que celui de la face externe traité par les bandelettes, ces bandelettes sont abandonnées et le premier pansement rétabli.

7 juillet. L'ulcère de la face externe a repris sa coloration vermeille et les bourgeons ont réapparu.

Mensuration : $0^m037 \times 0^m035$.

— $0^m016 \times 0^m010$.

Tout fait prévoir une prompte guérison, dont, faute de pouvoir attendre, il ne nous est pas possible de donner la date.

9 juillet. Mensuration : $0^m035 \times 0^m030$.

— $0^m012 \times 0^m007$.

12 juillet. L'ulcère de la face interne est entièrement cicatrisé. Celui de la face externe mesure $0^m028 \times 0^m023$.

Conclusions.

1° La liqueur de Labarraque jouit dans le traitement des ulcères variqueux de propriétés cicatrisantes remarquables. Ces propriétés ont été mises en évidence par de nombreuses observations et sont confirmées par des auteurs dont le témoignage a la plus grande valeur ;

2° Le traitement par la liqueur de Labarraque se recommande par sa simplicité qui en facilite singulièrement l'application ;

3° Au traitement de la liqueur de Labarraque peuvent s'adjoindre un certain nombre de moyens adjuvants qui en augmentent l'efficacité. A ce titre la greffe épidermique est un des plus précieux ;

4° Le prix peu élevé de la liqueur de Labarraque en met l'usage à la portée des moins fortunés, qui sont aussi le plus souvent atteints par les ulcères ;

5° La récurrence des ulcères peut être évitée par le repos prolongé, par la compression permanente au moyen des bas lacés et des élastiques, par l'usage des eaux de Bagnoles de l'Orne, d'Ussat et de Bagnères-de-Bigorre, et enfin par le massage.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- UNDERWOOD (Mich.). — Surgical tracts containing a treatise on ulcers of the legs, etc. Londres 1787.
- BAYNTON (Thom.). — Descriptive account of a new method of treating old ulcers in the legs. Londres 1897.
- NEGRIER (Ch.). — Diss. sur l'emploi des bandelettes agglutinatives, dans le traitement des ulcères atoniques des jambes. Thèse Paris 1817.
- RÉVEILLER-PARISE. — Mémoire sur une nouvelle méthode de pansement des plaies et des ulcères qui tendent à se cicatriser. Paris 1828.
- MICHEL KLIMATIS. — Mémoire sur l'emploi du chlorure de chaux dans le traitement des ulcères simples, d'après les observations recueillies à l'hôpital de la Pitié, dans les salles de M. Lisfranc. Revue médicale 1826.
- RICARD. — Dissertation sur les ulcères simples. Thèse de Paris 1826.
- BOYER (Philippe). — Rapport au conseil des hôpitaux sur le traitement des ulcères au bureau central. Paris 1831.
- RIGAUD (Ph.) — Des ulcères en général. Thèse d'agrégation en chirurgie. Paris 1839.
- LISFRANC. — Clinique chirurgicale de la Pitié. 1841.
- NÉLATON. — Eléments de pathologie chirurgicale. Paris 1844.
- SAPPEY. — De l'ulcération et des ulcères. Thèse d'agrég. en chirurgie. Paris 1847.
- FOLLIN. — Traité de pathologie externe. Paris 1861.
- PALLENC. — De l'ulcère simple. Thèse de Montpellier 1867.
- AUZILHON. — Introduction à l'étude de l'ulcère simple. Thèse de Montpellier 1868.
- C. BOUTIER. — De l'ulcère variqueux. Traitement par l'eau chlorurée et la greffe épidermique. Thèse de Paris 1872.
- PICARD. — Etude clinique de l'ulcère variqueux. Thèse de Paris 1873.

- PANAS. — Du traitement des ulcères variqueux par l'application locale des hypochlorites, en particulier de l'hypochlorite de chaux et par l'épidermation. Journal de Thérapeutique (Gubler) 1874.
- JAMAIN ET TERRIER. — Manuel de pathologie et de clinique chirurgicale. 1876.
- SÉJOURNET. — Etude des modifications de la sensibilité thermique dans les ulcères variqueux. Thèse de Paris 1877.
- ARNOLD. — Contribution à l'étude du traitement des ulcères par l'électricité. Thèse de Paris 1877.
- QUENU. — Etude sur la pathogénie des ulcères variqueux. Revue de chirurgie 1882.
- SCHREIDER. — Contribution à l'étude de la pathogénie des ulcères idiopathiques de la jambe. Thèse de Paris 1883.
- ERDINGER. — Traitement des ulcères variqueux par le massage. Thèse de Bordeaux 1893.
- AUBOUIN. — Traitement des ulcères variqueux par le pansement de Unna. Thèse de Paris 1897.
- V. DEHAINE. — Traitement des ulcères de jambe par l'aloès. Thèse de Paris 1897.
- E. ROCHARD. — Article Ulcère, du Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales (Dechambre). 1879.
- H. GILSON. — Article Ulcère, du Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques (Jaccoud). 1885.
- DUJARDIN-BEAUMETZ. — Dictionnaire de thérapeutique, de matière médicale, de pharmacologie, de toxicologie et des eaux minérales. Paris 1883.
- WURTZ. — Dictionnaire de chimie pure et appliquée. Paris 1870.

Vu : le Doyen,
BROUARDEL.

Vu : le Président de la Thèse,
PANAS.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages.
Introduction.....	7
CHAPITRE I. — Anatomie pathologique. — Pathogénie.....	11
CHAPITRE II. — Historique. — Traitements comparés.....	19
CHAPITRE III. — Composition et propriétés de la liqueur de Labarraque.....	28
CHAPITRE IV. — Traitement des ulcères variqueux par la liqueur de Labarraque....	35
CHAPITRE V. — Mode d'emploi de la liqueur de Labarraque. — Traitement après guérison contre la récurrence.....	46
Conclusions.	86
Index bibliographique.	87



